

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Варакіна Юлія Михайлівна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

Наративні практики психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Ю.М. Варакіна

Науковий керівник (консультант)

_____ Склярова Ганна Олександрівна,
к.психол.н., доцент кафедри психології

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	03
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАРАТИВНИХ ПРАКТИК В СУЧАСНІЙ КОНСУЛЬТАТИВНІЙ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ	07
1.1. Особливості наративної практики в сучасній психології та психотерапії	07
1.2. Кризові ситуації в житті людини	22
1.3. Наративні практики надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях	36
Висновки до розділу 1	43
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАРАТИВНОЇ ПРАКТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ	45
2.1. Організація та методики дослідження	45
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	49
Висновки до розділу 2	67
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПСИХОЛОГАМ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ НАРАТИВНОГО ПІДХОДУ ПРИ РОБОТІ З КЛІЄНТАМИ В КРИЗОВИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ	69
3.1. Основні техніки підвищення ефективності наративної терапії при роботі з клієнтами в кризових життєвих ситуаціях	69
3.2. Поради для практичного застосування наративних технік та вправ в роботі з клієнтами у кризових життєвих ситуаціях	80
Висновки до розділу 3	91
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	98
ДОДАТКИ	107

ВСТУП

Актуальність дослідження. Все більше людей у цивілізованому світі при вирішенні своїх питань: чи то сімейні негаразди – сварки та конфлікти, проблемні моменти на роботі чи з друзями, пошук себе та свого «Я» і так далі, звертаються за допомогою до психологів чи психотерапевтів.

Як говорить народна мудрість: «Скільки людей, стільки й думок» – так само і у клієнтів психолога є різні потреби та бажання. Можемо припустити, що з цього попиту і з'являються різні «пропозиції» – психологічні підходи, зокрема, наративна терапія. Наративний підхід досить молодий, імовірно виник на рубежі 1970-1980 років. Безпосереднє авторство, щодо цього підходу, приписують австралійцю Майклу Уайту та новозеландцю Девіду Епстону.

Також прийнято вважати, що у витоків наративного підходу стоять ідеї, розроблені у різних галузях наукового знання: психології: Л. Виготський, Т. Сарбін, Дж. Брунер та інші; етнографії: К. Кірц, Е. Брунер, Ст. Тернер; теорії літератури: В. Пропп, М. Бахтін, Н. Фрай; історії систем пізнання: М. Фуко, К. Герген; біології та теорії систем: Г. Бейтсон, У. Матурана.

«Narrative» – перекладається з англійської як – «оповідання». Слід розрізняти оповідання та інтерв'ювання – оскільки ми розглядаємо в даній роботі саме оповідальний підхід: розповідь чи історія про себе, яка може бути переказана з різних точок зору, і те, як це буде зроблено, вплине на сприйняття, оцінку того, що відбувається подальші дії людини.

Все, що людина говорить про свої дії та пов'язані з ними переконання та бажання, закладено в її соціальній та індивідуальній практиці і становить «сутність людини». За допомогою оповідання ми надаємо форму та сенс практиці, організуємо наш досвід послідовним та логічним чином, виділяємо у ньому початок, середину, кінець та центральну тему. Наративи всюдисущі як механізм організації людського досвіду, локальні з історично конкретних

способів сприйняття, мають соціальний інструментарій і прагматичний потенціал.

Переваги наративної терапії: м'який та дбайливий метод у психотерапії та психологічному консультуванні; короткостроковість терапії; досить швидко допомагає знайти шлях до ресурсів, знань та навичок клієнта; ефективно сприяє зміцненню впевненості людини у своїх силах.

У кожному етносі існують домінуючі уявлення про реальність, які впливають на наші життя. Ці поширені уявлення називаються дискурсами. Дискурс – це система слів, дій, правил, переконань та спільних цінностей. Будь-який дискурс ставить якесь певне світорозуміння. Можна сміливо сказати, що дискурс – це думка у дії. Часто дискурси залишаються невидимими.

У наративній терапії ми виявляємо такі системи уявлень про реальність (дискурси), які негативно впливають на наше життя та підтримують проблемні історії ідентичності чи стосунків. Відношення проблем до певного дискурсу допомагає нам побачити людей відокремленими від тих проблем, які вони мають.

У той час, коли деякі теорії поміщають проблему всередину людини або систему взаємовідносин між людьми, наративна терапія розміщує проблеми усередині дискурсів конкретного суспільства. Це концептуальне зрушення дозволяє зробити вплив дискурсу видимим. Ті дискурси, які підтримують існування проблеми, можуть бути побачені, оцінені та замінені на альтернативні, більш відповідні людині.

Дуже важливий момент деконструкції конфліктного моменту – це своєрідне «розхитування» меж конфлікту: медіатор вислуховує сторони конфлікту і в міркуваннях ставить питання, відповідаючи на те, як клієнт бачить ситуацію, з боку, ніби не будучи залученим.

Екстерналізація – дозволяє концентруватися на суті самого конфлікту, а не переходити на особистості – сам конфлікт/проблема стає учасником спору.

Конфлікту/спору дається своє персональне ім'я – тим самим він відокремлюється від людини з якою асоціюється.

Отже, основна актуальність проблеми використання наративної практики знаходиться в соціальній плоскості, де змінюються соціальні умови та з'являються нові вимоги до консультативних практик у суспільстві, у відповідь на які і з'являються нові якості життя, консультативні практики. Вищезазначені аспекти зумовили вибір теми дослідження «Наративні практики психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях».

Мета дослідження: теоритично дослідити засади та надати практичні рекомендації використання наративних практик психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях.

Завдання дослідження:

1. Визначити поняття наративу та особливості наративної терапії, а також основні метафори наративного підходу.
2. Розглянути проблему кризових ситуацій в житті людини.
3. Визначити особливості наративної практики надання психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях.
4. Емпірично дослідити ефективність наративних практик психологічної допомоги в кризових життєвих ситуаціях.
5. Надати рекомендації психологам щодо використання наративного підходу при роботі з клієнтами в кризових життєвих ситуаціях.

Об'єкт дослідження: наративні практики.

Предмет дослідження: наративні практики в консультативній роботі з клієнтами в кризових життєвих ситуаціях.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз літературних джерел на тему дослідження; систематизація інформації; емпіричні методики дослідження:

- 1) *Тест на дослідження індексу життєвої задоволеності (Нойгартен А.);*
- 2) *Особистісна шкала проявів тривоги (Тейлор Дж.);*
- 3) *Опитувальник особистісних станів (Джерсайлд А.);*

4) *Статистичний аналіз (розрахунок t-критерія Стьюдента), якісний аналіз та інтерпретація результатів.*

Гіпотеза дослідження: Наративна терапія – унікальна та має безліч особливостей. Даний вид практики є ефективним при роботі з клієнтами, що знаходяться в кризовій життєвій ситуації.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження. В роботі представлені результати аналізу літературних джерел та узагальнення інформації з теми використання наративної практики; досліджено ефективність наративної терапії при роботі з клієнтами, що знаходяться в кризовій життєвій ситуації; надано рекомендації психологам щодо використання наративного підходу при роботі з клієнтами в кризових життєвих ситуаціях.

Практичне значення дослідження. В роботі визначені особливості, основні техніки та методи наративного підходу. Описані техніки та методи можуть бути використані психологами для проведення терапії, або для розробки власних програм психологічної допомоги.

Апробація результатів дослідження: результати дипломного магістерського дослідження висвітлено в тезах на тему «Переваги використання наративного підходу в кризових життєвих ситуаціях», опублікованих в збірнику матеріалів IV Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», яка відбулася 7 грудня 2022 року в ЗВО «Університет економіки та права «КРОК» м. Київ, Україна.

Структура роботи. Робота викладена на 117 сторінках, складається зі вступу, трьох основних розділів, висновків, списку використаної літератури, що включає 90 джерел, та 5 додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАРАТИВНИХ ПРАКТИК В СУЧАСНІЙ КОНСУЛЬТАТИВНІЙ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Особливості наративної практики в сучасній психології та психотерапії

Практична психологія – це галузь психологічної науки, що позитивно зарекомендувала себе і як прикладна галузь психології, і як навчальна дисципліна у системі підготовки та перепідготовки фахівців у галузі освіти, соціальної роботи, управління тощо [15].

Основне завдання прикладної психології – не лише пізнання психічної реальності, а й вироблення засобів практичної допомоги та психологічної підтримки особистості, яка відчуває труднощі у вирішенні життєвих проблем, долає наслідки соціальних, природних аномалій та катастроф. Зазначена допомога полягає в організації оптимальних умов життєдіяльності, що сприяють найкращій соціальній та психологічній адаптації, знятті напруги та наслідків пережитих травмуючих ситуацій, подоланні посттравматичних стресових порушень [28]. Це найбільш загальне уявлення про завдання прикладної психології допоможе описати об'єкт практичної психології як прикладної галузі психологічної науки [10].

Об'єктом прикладної психології є індивід, особистість, яка відчуває певні психологічні труднощі та напругу у вирішенні конкретних життєвих проблем, що переживає події кризового чи катастрофічного характеру. Реальним продуктом професійної діяльності практичного психолога є обговорювані та спільно з клієнтом вироблені системи соціальних взаємодій та програми поведінки, що забезпечують оптимальні умови життєдіяльності та нейтралізують негативні наслідки пережитих життєвих напружень та проблем відповідно до вікових можливостей та індивідуально-особистісних особливостей.

Практичний психолог орієнтує клієнта в його цілях, допомагає побачити ситуацію з різних сторін і вибрати оптимальний спосіб вирішення проблеми та виходу з травмуючої ситуації. Пошук вирішення конфліктних соціальних взаємодій, а також форми роботи з конкретними запитами і визначають основні напрямки діяльності практичного психолога [33].

Серед цих напрямів, описаних та представлених у різноманітних літературних джерелах, можна виділити такі [39]:

- психодіагностична робота;
- психологічне консультування;
- психотерапевтичний вплив;
- корекційно-розвивальна діяльність;
- психопрофілактична робота.

Встановлення психологічного діагнозу – одне із завдань, які стоять перед практичним психологом [12]. Психологічна діагностика може розумітися у широкому та вузькому значенні. У широкому значенні вона зближується з психометрикою – наукою про вимір індивідуальних відмінностей та практикою використання психологічного знання.

У вузькому значенні мається на увазі вимір індивідуально-психологічних особливостей особистості, основу якого складають класифікація та ранжування людей за психологічними та психофізіологічними ознаками.

Психологічна діагностика базується на використанні психодіагностичних інструментів та методів, що дозволяють здійснювати застосування сучасного статистичного апарату, що забезпечує надійність та достовірність даних. У психодіагностичному обстеженні можна виділити три основні етапи: збір даних, переробка та інтерпретація даних, винесення рішення (діагноз та прогноз) [40].

Діагноз як основна мета психодіагностики може встановлюватися на різних рівнях: перший рівень – симптоматичний чи емпіричний. На цьому рівні діагноз обмежується констатацією особливостей чи симптомів (ознак);

другий рівень – етіологічний, що враховує наявність характеристик, та причини їх виникнення; третій, вищий рівень – рівень типологічного діагнозу, що полягає у визначенні місця та значення виявлених характеристик у загальній картині психічного життя людини [16].

У практичній роботі психолог часто обмежується діагнозом першого рівня, в основі якого лежить застосування того чи іншого психодіагностичного інструменту. Таким чином, психодіагностична робота практичного психолога передбачає вибір методу або конкретної методики дослідження, що максимально відповідає цілям та завданням дослідження [30].

Когнітивно-поведінкова терапія – популярний та добре досліджений вид психотерапії. В його основі – робота з думками та переконаннями, які негативно впливають на життя. Психотерапевт допомагає клієнту замінити їх більш позитивними та реалістичними. В результаті змінюється і поведінка. Метод допомагає справлятися з хронічним стресом, тривожністю та безсонням [14, 65].

Гештальт-терапія ставить в основу емоції людини в даний момент часу. Підхід допомагає людині зрозуміти, що вона відчуває, чого хоче насправді і як краще цього досягти. У такій терапії особливо важливою є роль терапевта: його мета – вибудувати довірчі відносини з клієнтом, щоб він міг висловити свої емоції без страху засудження. Підхід допомагає при тривожності та депресії, проблемах із самооцінкою та самореалізацією, складностях у відносинах [19, 56].

Системна сімейна терапія розглядає сім'ю як єдину систему, у якій особливості характеру, розлади та травми одного впливають на благополуччя інших. Щоб вирішити конфлікти, терапія змінює патологічні правила, якими живе сім'я. Для змін не завжди потрібна участь усіх членів. Терапія може бути корисною, коли сім'я стикається з психічними розладами, проблемами у дітей у школі, залежностями, сексуальними складнощами [63].

Терапія прийняття та відповідальності ґрунтується на тому, що людина не може жити без негативних думок, але може зробити так, щоб вони

завдавали менше шкоди. Для цього треба вчитися дивитися на себе збоку – в арсеналі цієї терапії багато дієвих вправ для цього. Ще один важливий елемент підходу – робота з цінностями. Це допомагає ухвалити важливі життєві рішення. Дослідження підтвердили ефективність терапії при тривожності, залежностях, психосоматиці, вигоранні та фобіях [2, 7].

Психоаналітична терапія – це не один вид терапії, а група напрямків. Їх поєднує загальний метод – інтерпретація поведінки людини. Завдання терапевта – допомогти виявити внутрішні конфлікти та прийняти їх. Терапія може бути ефективною при депресіях, фобіях, психосоматичних розладах [5].

Інтерперсональна терапія допомагає вирішити проблеми у відносинах з іншими людьми — нерідко міжособистісні конфлікти провокують розвиток психічних розладів. На сесіях терапевт насамперед вчить клієнта по-новому спілкуватися, інтерпретувати реакції оточуючих та власні. Терапія ефективна при депресіях, пов'язаних зі втратою близьких, зміною соціальних ролей, самотністю [62].

Ігрова психотерапія створена для дітей та підлітків, які зазнають труднощів у процесі дорослішання, з розладами аутистичного спектру або синдромом дефіциту уваги. Ігрові методи вчать їх конструктивно справлятися з конфліктами, коригувати поведінку, розвивати емпатію, справлятися зі страхами, налагоджувати контакти з іншими. Метод також активно застосовується для діагностики та лікування дітей, які пережили травму: у процесі гри їм простіше висловити себе та пояснити, що з ними відбувається [4].

Наративна терапія допомагає переосмислити життя та знайти себе. Людина розповідає свою історію під час сесій або формулює її за допомогою письмових практик, а терапевт звертає увагу клієнта на недооцінені деталі біографії. Зміна ракурсу змінює самосприйняття. Наративна терапія застосовується при посттравматичному стресовому розладі, розладах харчової поведінки, сімейних проблемах та багатьох інших [44].

Брокмайєр І. та Харре Р. дають наступне визначення терміну «наратив». Це ім'я деякого ансамблю лінгвістичних та психологічних структур, що передаються культурно-історично, обмеженого рівнем майстерності кожного індивіда та сумішшю його соціально-комунікативних здібностей із лінгвістичною майстерністю. Не останню роль відіграють такі особистісні характеристики, як допитливість, пристрасть і іноді одержимість. Коли повідомляється про деяку життєву подію (скрутне становище, намір), коли розповідається сон або повідомляється про хворобу, стан страху, зазвичай це набуває форми наративу. Повідомлення виявляється поданим у формі історій, і передається відповідно до певних угод [8, 26].

«Мінімальне» визначення наратива дано Барбарою Хернстейн Сміт: «Хтось розповідає комусь, що щось сталося». Існує багато шляхів, якими можна розповісти про те, що сталося. Ці відмінності залежать від особливостей оповідача та способів викладу [85].

Функції наративу різноманітні – впорядковуюча (допомагає систематизувати знання, досвід, способи дії для прийняття рішення), інформуюча (надання будь-якого матеріалу, інформації з питання), переконуюча (допомагає людині в прийнятті будь-якого рішення), розважальна та відволікаюча увагу (постачають цікаві, захоплюючі способи, матеріали у певний момент часу) [42].

Темпоральна функція наративу полягає в осягненні часу. Наратив виділяє різні моменти в часі і встановлює зв'язок між ними, дозволяє побачити сенс у самих тимчасових послідовностях, вказує на фінал, що частково вже міститься на початку історії, розкриває значення часу, вносячи людські сенси в його перебіг. Таким чином, наратив – це структура і практика, яка висвітлює людське існування в часі і представляє людей як темпоральних істот. В силу цього зростає його роль у саморозумінні людей, оскільки вивчення природи наративів, того, як і чому люди конструюють, запам'ятовують, переказують, організують їх на основі категорій сюжету, оповідача, характеру, є, по суті,

вивчення одного з фундаментальних і унікальних для людини шляхів осмислення суцього і себе самого [27].

У психотерапії широко використовується наративний підхід, який знайшов своє відображення в наративній терапії [1]. У вітчизняній та зарубіжній практиці поряд з поняттям «нاراتивна терапія» використовуються «нاراتивна практика» та «нاراتивна техніка». Ці терміни визначають як синоніми.

Засновниками наративної практики були австралійські психотерапевти Майкл Уайт та Девід Епстон [35]. Серед фахівців, які творчо застосовують наративні ідеї та розробляють їх у нових напрямках, необхідно відзначити В. Діккерсона, Дж. Комбса, С. Мадігана, К. Томма, Дж. Фрідман, П. Шорта та інші.

Наративна терапія – напрям у сімейному консультуванні, соціальній роботі, психології, психотерапії, що ґрунтується на ідеї про те, що події життя та відносини людей формуються у процесі соціальної взаємодії [9].

Наративна терапія – це підхід до консультування та соціальної роботи, в якому [13, 17, 21]:

- люди розглядаються як експерти власних життів;
- професійна позиція консультанта базується на поважному, зацікавленому ставленні до будь-яких людських історій (Людина – автор свого життя);
- передбачається, що проблеми відокремлені від людей, а самі люди досить компетентні і мають велику кількість здібностей та умінь, які можуть допомогти їм змінити незадовільні відносини з проблемою;
- важливими принципами є непідробна цікавість з боку терапевта та його щире бажання ставити запитання, на які він справді не знає відповіді, а отже, готовий почути та прийняти будь-що;
- терапевтична бесіда може прийняти будь-який напрям, завжди існує безліч можливих шляхів (немає якогось одного «правильного» ходу бесіди, відомого фахівцю як експерту);

➤ людина, що консультиється у фахівця, відіграє істотну роль у визначенні ходу терапевтичного процесу.

Наративи настільки «вписані» у наше звичайне, повсякденне життя, настільки широко представлені у всьому, що ми робимо, думаємо чи уявляємо (навіть наші сні значною мірою організовані як наративи), що тривалий час залишались «прозорими» для науки, «їх існування, сприйняте, як само собою зрозуміле, розглядалося як природно даний нам спосіб мислення та діяльності» [8].

Значення оповідальної форми для терапевтичного процесу цілком усвідомлювалося з часів класичного психоаналізу. Фрейд підвів поетичну основу під свідому психіку. Він розумів, що вся розповідь про наше життя, герої оповідання, якими ми є, і сновидіння, в які ми поринаємо, структуруються в нашій психіці за допомогою селективної логіки основного міфу» [67].

Як матеріал наративного дослідження можуть виступати різні види текстів, в яких можна побачити наявність наративної форми. Це можуть бути щоденникові записи, листи, тексти літературних творів, записи бесід психотерапевтичних сеансів, газетні статті, протоколи судових засідань, тексти пісень та багато іншого. Навіть науковим текстам не вдається уникнути рис, властивих наративам і, отже, вони також можуть стати предметом наративного аналізу [3].

Значну кількість наративних даних дослідники отримують у процесі інтерв'ю. Якісне дослідницьке інтерв'ю – це момент конструювання знання. Слово «Інтерв'ю» буквально означає «погляд між», тобто взаємний обмін поглядами між двома людьми, що обговорюють тему, що цікавить обох [25, 75].

На відміну від кількісних методів, де існує стандартна техніка проведення опитувань, кодування відповідей, статистичних методів обробки даних у сфері якісних методів загальноприйнятої процедури немає. Якісне інтерв'ю часто називають неструктурованим чи нестандартизованим, оскільки

дослідник не обмежений заздалегідь заданим списком питань, може варіювати напрям розмови, залежно від відповідей респондента. Може використовуватися і напівструктуроване інтерв'ю, наприклад, методика Г. МакАдамса, в якому напрямні питання, дозволяють «витягти» необхідні спогади [78].

Деякі вчені відзначають, що структура може мати детермінуючий ефект і тому скептично ставляться до такого типу збору даних. Іншу версію, що підкреслює пасивність інтерв'юера, наприклад, запропонував Т. Венграф [89]. Близький метод належить Холлвею та Джефферсону [67], що поєднує риси нарративної теорії з психоаналітичним принципом вільних асоціацій. Метою є створення історії, яка вільна від норм соціальної взаємодії, наскільки це можливо. Проблема, яка при цьому є предметом постійних дискусій, полягає в тому, що ситуація інтерв'ю не є природною. У ній людина, мабуть, розповідає не ті історії, які можна очікувати від нього у повсякденному житті. Таким чином, поряд з польовими формами роботи, нарративний підхід використовує дані, отримані в ході спеціально збудованої бесіди.

За останні десятиліття нарративна терапія зазнала значних змін і перетворилася на визнаний та впливовий підхід у Європі та Америці. Однак різні терапевти сприйняли нарративну метафору по-різному. Щоб розглянути зміст нарративної практики, необхідно проаналізувати її провідні метафори і з'ясувати їх основні ідеї.

Отже у світі застосовуються дві метафори для організації практичної роботи – «нарратив» та «соціальний конструкт» [48]. Використання нарративної метафори полягає у тому, щоб бачити у житті людей історії та працювати із ними, тобто пережити ці історії, надавши їм значимий і завершений характер. Метафора соціального конструкту полягає у розгляді способів, за допомогою яких соціальна, міжособистісна реальність кожної людини сконструйована через взаємодію з іншими людьми та організаціями. Соціальний конструкт використовується, щоб наголосити на вплив соціальних реальностей на життєві сенси людей.

Провідна метафора – наратив, має не менше значення. Метафори, за допомогою яких ми організуємо свою роботу, дуже впливають на наше сприйняття і дії. Пол Розенблатт розглядає метафори «родина як цілісність», «сім'я як система, комунікація та структура», описуючи не тільки те, що висвічує кожна метафора, а й те, що за нею ховається, оскільки метафора спрямовує мислення та сприйняття людини [84].

Терапевти, які використовують «структуру» як провідну метафору, можуть займатися перебудовою, зміцненням або ослабленням існуючих структур. Вони підходять до проблем та їх вирішення як свого роду теслярі, архітектори чи скульптори. Це сприяє дуже яким, легко сприйманим та ефективним підходам до терапії.

Вивчивши наративну метафору, М. Уайт виявив, що вона пропонує корисне розширення та розвиток «інтерпретативного методу», запропонованого Грегорі Бейтсоном. У «Наративних засобах для терапевтичних цілей» Уайт нагадує, як Бейтсон використовував метафору «географічних карт», стверджуючи, що всі наші знання про світ містяться у формі різноманітних ментальних карт «зовнішньої», або «об'єктивної» реальності, які призводять до різних інтерпретацій цієї «реальності». Жодна карта не містить усіх деталей території, що відображається, і події, які не потрапили на карту, не існують у її смислового світі. Перевага, яку Майкл Уайт побачив у наративній метафорі, полягала в тому, що будь-яка історія – це карта, що тягнеться в часі [35, 51].

У міру розширення уявлень про потік ідей, з якого Девід Епстон, Меріл Уайт і Майкл Уайт запозичували наративну метафору, було виявлено ще один важливий напрямок – соціальний конструктивізм. Його головна передумова полягала в тому, що переконання, цінності, встановлення, звичаї, ярлики, закони, поділ праці та інше, що складає наші соціальні реальності, конструюється представниками культури у міру взаємодії один з одним, покоління за поколінням; день за днем. Інакше кажучи, спільноти конструюють «лінзи», крізь які їхні члени інтерпретують світ. З самого нашого

народження суспільство оточує нас реальностями, які ми сприймаємо як належне. Ці реальності забезпечують практики, слова та досвід, на основі яких ми будемо своє життя, або, як заведено говорити у постмодернізмі, «конституємо свою самість» [37].

Фахівці Есекського університету (Л. Джекобс, Ю. Беван, П. Шорт) говорять про труднощі визначення соціального конструктивізму, оскільки це поняття має міждисциплінарний характер і базується на наукових дисциплінах, таких як психологія, соціологія та лінгвістика [68]. Хоча між цими дисциплінами є схожі риси, вони мають різну наукову основу. Терапевти Есекського університету вважають, що головна ідея соціального конструктивізму полягає у необхідності критично розглядати загальноприйняті підходи до розуміння світу та місця людини у ньому. Сумніву підлягає уявлення про те, що традиційне знання про світ базується на об'єктивному та неупередженому спостереженні. Необхідно зауважити, що соціальний конструктивізм звертає увагу на те, що потрібно критично поглянути на наші уявлення про навколишній світ.

Ймовірно, найбільш важлива для наративної практики риса – певна установка на реальність. Девід Паре, описуючи три різні установки, що стосуються людського пізнання реальності, вважає, що існують три переконання:

- реальність пізнавана – її елементи та твори можуть бути точно та багаторазово виявлені, описані та використані людськими істотами;
- ми – полонені свого сприйняття: спроби описати реальність дуже багато говорять нам про людину, яка виконує опис, але не надто багато про зовнішню реальність;
- знання виникає всередині спільнот, які пізнають реальності, які населяють люди, – це ті реальності, де вони ведуть переговори один з одним.

Прийняття постмодерністського, наративного, соціально-конструктивістського світогляду тягне за собою ідеї про те, як поняття влади знання та «істини» обговорюються у сім'ях і великих культурних утвореннях.

Набагато важливіше підходити до людей та їхніх проблем із позиції установок, що впливають із цих ідей, ніж використовувати якусь певну «нарративну техніку» [18]:

- реальності соціально конструюються;
- реальності конструюються через мову;
- реальності організуються та підтримуються через наратив;
- абсолютних істин не існує.

Розглянемо ці істини більш детально.

Центральний принцип постмодерністського світогляду, на якому заснований підхід до нарративної терапії, полягає в тому, що переконання чи вірування, закони, соціальні звичаї, звички, пов'язані з одягом та харчуванням – все те, що складає психологічну тканину «реальності», згодом виникає із соціальної взаємодії. Іншими словами, люди спільно конструюють свої реальності, обживаючи їх [37].

Бергер і Лукман розрізняють три процеси: типізацію, інституціоналізацію та легітимізацію, які, на їхню думку, відіграють важливу роль у тому, як будь-яка соціальна група конструює та підтримує своє знання щодо «реальності». Вони використовують четвертий термін – конкретизація, що охоплює весь процес цілком, тоді як три перші – його частини.

Типізація – це процес, з якого люди сортують свої сприйняття по типах чи класам. Реальності конституюються через мережі типізації. Існує тенденція приймати типізації, про які дізнаємося від членів нашої сім'ї, друзів, учителів тощо за реальність. Багато фахівців підкреслюють, що типізації, які використовує певна людина чи культура, є єдино можливими.

Інституціоналізація – це процес, за допомогою якого навколо наборів типізації виникають інститути / установи: інститут материнства, інститут закону тощо. Інституціоналізація допомагає сім'ям та спільнотам підтримувати та розповсюджувати працею здобуте знання. І, подібно до типізації, вона може засліпити, не дати розглянути нові можливості.

Наприклад, соціальний клас вижив як інститут через тисячоліття. Більшість часу люди сприймали цей інститут як правильний, належний і єдиний спосіб розподілу прав та відповідальності в рамках культури. Тим не менш, всередині західної культури критерії приналежності до того чи іншого класу, так само як і назви та кількість класів, у різних суспільствах сильно відрізняються. І багато людей дійсно ставлять під сумнів корисність і справедливість класових відмінностей.

Термін «легітимізація» Бергер і Лукман використовують для позначення процесів, що надають легітимність (законність) інститутам та типізаціям певного суспільства. Наприклад, написання книги з нарративної терапії, представлення її світові стараннями авторитетного видавця та прочитання її людьми – все це акти легітимізації інституту нарративної терапії. Маючи достатню міру законності, «інститути тепер сприймаються як суб'єкти, які мають власну реальність, яка протистоїть індивіду як зовнішньому і вимушеному факту».

Конкретизація, згідно з Бергером і Лукманом, є «поданням продуктів людської діяльності, ніби вони були чимось відмінним від людських продуктів – явищами природи, наслідками дії космічних законів або проявами божественної волі. Конкретизація передбачає, що людина здатна забувати своє авторство стосовно людського світу».

Конкретизація – результат поєднання процесів типізації, інституціоналізації і легітимізації. Вона необхідна, якщо люди збираються ефективно мислити та спілкуватися. Без неї, розмовляючи між собою, неможливо було б нічого приймати на віру, доводилося постійно визначати і осмислювати навіть свої найпростіші висловлювання. Однак бездумна конкретизація може швидко спричинити проблеми. Кожен із певних термінів дозволяє нам ефективно посилатися на певний аспект досвіду, але може викликати проблеми, коли забувається, що це лише корисний соціальний конструкт.

Друге твердження Девіда Парє звертає увагу на те, що реальності конструюються через мову. «Повсякденне життя – це насамперед життя за допомогою мови, яку поділяють з іншими. Отже, розуміння мови суттєво для будь-якого розуміння повсякденного життя. Мова може стати об'єктивним сховищем величезних накопичень сенсу та досвіду, яку вона може зберігати і передавати наступним поколінням. Маючи здатність виходити за межі «тут і зараз», мова сполучає різні зони всередині реальності повсякденного життя та інтегрує їх у значне ціле. Мова може забезпечити «присутність» об'єктів, які просторово, у часі чи соціально відсутні у «тут і зараз». Через мову весь світ може бути актуалізований будь-якої миті» [37].

Погоджуючись із змістом слова чи жесту, ми погоджуємося з описом і з тим, що воно формує наступні описи, які спрямовують наше сприйняття до створення одних описів та відхилення від інших. Наша мова говорить нам, як бачити світ і що в ньому бачити. Як формулюють це Харлеї Андерсон та Гаррі Гуллішан, «мова не відображає природу; мова створює відомі нам природи». Процес розмови не нейтральний чи пасивний. Щоразу, коли ми говоримо, ми створюємо реальність [37].

Для психолога важливо те, що зміна, будь то зміна переконання, взаємовідносин, почуття чи самосвідомості, включає зміну у мові. У контексті постмодерністського світогляду мова постійно змінюється. Сенси – це завжди щось невизначене і, отже, мінливе. Жак Дерріда дав багато прикладів цьому. Сенс несе не саме слово, а слово у зв'язку зі своїм контекстом. Не може бути двох абсолютно однакових контекстів. Отже, точний зміст будь-якого слова – це завжди щось невизначене та потенційно інше; це завжди те, про що слід вести переговори між двома чи більше співрозмовниками або між текстом та читачем.

Третя ідея Девіда Парє зосереджує увагу на тому, що реальності організуються і підтримуються через простір. Якщо реальності, в яких перебуває людина, створені у мові, то вони живуть і передаються далі в

історіях. Центральну роль нарратива в організації, підтримці та поширенні знання про нас і наші світи підкреслювали багато постмодерністських авторів.

Дж. Брунер: Ми організуємо свій досвід і свою пам'ять людських подій головним чином у формі нарративу – історій, вибачень, міфів, причин робити чи не робити щось і т.д.

Росалдо: Наратив може стати особливо багатим джерелом знання про ті сенси, які люди знаходять у своєму повсякденному житті. Такі нарративи часто більше говорять про те, як зробити життя гідним, ніж про те, як бездарно воно проживається.

М. Уайт і Д. Епстон: У прагненні осмислити життя, перед людьми постає завдання вибудувати свій досвід подій у тимчасову послідовність таким чином, щоб сформувався послідовний звіт про них самих і навколишній світ. Цей звіт можна вважати історією або самонаративом. Успіх такої «історизації» досвіду дає людям відчуття безперервності та сенсу у їхньому житті. Вони покладаються на нього при впорядкуванні повсякденного життя та інтерпретації подальшого досвіду [35, 37].

До якої б культури людина не належала, її нарративи впливають на неї, спонукаючи приписувати певні значення певним життєвим подіям і ставитися до інших як відносно незначних. Кожна подія, що запам'яталася, становить історію, яка разом з іншими історіями складає життєвий нарратив.

Наративна терапія дозволяє звернути увагу людей на те, що в житті будь-якої людини завжди більше подій, які не удостоюються історії, ніж тих, яким пощастило. Навіть у найдовших і розгорнутих автобіографіях поза залишається більше, ніж того, що у них включається. Це означає, що коли життєві нарративи несуть хворобливі сенси або пропонують несприятливий вибір, вони можуть бути змінені шляхом виявлення раніше не вміщених в історію подій або вилучення нового сенсу з тих, хто вже отримав історію, що дозволяє конструювати нові нарративи. Або коли домінуючі культури несуть деспотичні історії, люди можуть протистояти їх диктату і знайти підтримку в субкультурах, які живуть іншими історіями.

Отже, коли люди переказують свої історії в ході терапії, вони часто помічають, що вони вже мають досвід участі в альтернативній історії. Едвард Бранер пише: «Вся культура пов'язана з переказом. Ще один переказ знову активізує попередній досвід, який потім перевиявляється і переживається в міру того, як історія переказується в новій ситуації. В історій можуть бути закінчення, але історії ніколи не закінчуються» [34].

Однак недостатньо лише викласти нову історію. Щоб виявити свою відмінність, вони мають бути відчуті та пережиті поза чотирма стінами терапевтичного кабінету. Бранер продовжує: «Ми маємо справу з культурою не як з текстом, а скоріше як з поданням тексту – і, я б додав, з переподанням і переказом. Історії можуть бути перетворені лише в процесі їхнього уявлення».

Четверта ідея Девіда Паре полягає у тому, що у світі немає абсолютних істин. Існує безліч можливостей для інтерпретації будь-якого даного досвіду, але жодна інтерпретація не буде дійсною.

Вивчаючи особливості мови місцевого населення на Балі, Кліффорд Гірц виявив цікаву особливість: «Там, на Балі, спостерігається наполегливе і постійне прагнення стилізувати всі аспекти особистого самовираження настільки, що все особливе, характерне заглушується на користь призначеного людині місця в безперервному і, як вважається, постійному карнавальному ході, як і є саме життя на Балі. Саме драматичні персонажі, а не актори продовжують існувати. Дійсно, драматичні персонажі, не актори, по суті, реально існують... Маски, які носять люди, сцена, на якій вони розташовуються, ролі, які вони грають, і, що найважливіше, виставу, яку вони ставлять, – все це залишається і становить не фасад, але сутність речей і, не в останню чергу – людської самості».

Знання важливих ідей (реальності не тільки соціально конструюються, а й підтримуються через мову та наратив; не існує абсолютних істин), сформованих Д. Паре, дозволяє фахівцям будувати свою діяльність з

урахуванням культурних, соціальних, релігійних особливостей клієнтів для досягнення плідної співпраці з ними в розв'язання труднощів.

1.2. Кризові ситуації в житті людини

Індивідуальну кризу можна визначити емоційно, інтелектуально та поведінково як ситуацію, яка потребує значних змін уявлень про себе та світ. Можна сказати, що індивідуальна криза – це переживання втрати на двох рівнях: на особистісному рівні – втрата ідентичності, на соціально-психологічному – втрата здатності (деадаптація) до адекватного мислення та поведінки.

Складність ситуації посилюється ще й тим, що в такі моменти актуальна внутрішня потреба людини реалізувати ці зміни максимально швидко.

Слово «криза» означає в перекладі з китайської мови – «повний небезпеки шанс». Ця карбована формула дає ясне розуміння подвійної ролі кризових станів в індивідуальній долі людини. З одного боку, це важкий, часом болісний період. З іншого боку, це такий момент, коли ми, як ніколи в інший час, готові до оновлення.

Людина, що переживає життєву кризу, неспроможна залишатися незмінною: виникає жорстка необхідність подолати усталені установки і відмовитися від звичних форм поведінки. Вона стоїть перед необхідністю осмислити, переробити та привласнити новий досвід. Ці зміни можуть мати як позитивний характер, так і негативний. І перше і друге — пошук іншого варіанта адаптивності.

Негативним можна вважати перехід до варіанта адаптивності за рахунок регресу. І тут людина втрачає можливість особистісного зростання. Це може виражатися у відмові від відповідальності та виконання якихось соціальних ролей, пасивності, особистісної ізоляції чи формуванні залежності від інших людей. Типовим у таких ситуаціях може бути прагнення діяти як усі, шаблонно (а отже, безпечно) або спираючись на думку та вимоги оточуючих.

Позитивний варіант подолання життєвої кризи полягає в тому, щоб використати потенціал складної ситуації, а потенціал кризи – у можливості розвитку і навіть поштовху до неї. Пройшовши хворобливий етап змін, людина не просто змінюється, а набуває нових якостей і здібностей, відкриває для себе нові шляхи розвитку. Її уявлення про себе та світ виявляються більш адекватними та диференційованими. Людина стає більш зрілою, незалежною і відповідальною. Таким чином, не завжди небезпека кризи лише у загрозі. Дуже важливо, що криза – це ймовірність, навіть небезпека, прогаяти шанс для розвитку.

У кризовій ситуації людина стоїть перед вибором свого шляху. Як це сформулював Абрахам Маслоу, людина постійно здійснює вибір між безпекою та розвитком. У ситуації кризи вимоги цього вибору стають особливо жорсткими. Вибір на користь розвитку – це і є справжній вихід із кризи [77].

Криза – це ситуація, в якій життя «тестує» людину на її готовність та здатність стати тим, ким вона може стати. Отже, центральною ланкою кризи як життєвого виклику є втрата усталених уявлень про себе, ідентичності. Пошук ідентичності можливий за негативним та позитивним сценарієм.

Негативними варіантами є:

- нездатність впоратися з новою, складнішою системою образу Я, що призводить до особистісного регресу;
- адаптація за принципом мінімізації витрат, дотримання чийось порад, вказівок, прикладів;
- прагнення залишитися в тіні, визнання своєї малої цінності та низької значущості.

Позитивними варіантами набуття ідентичності є:

- дослідження своїх можливостей та прийняття складнішого, часом більш суперечливого образу себе, творчо побудована Я-концепція;
- опора на внутрішні ресурси для вирішення складних ситуацій та відмова від стандартних варіантів вирішення проблем;

➤ вибір шляху розвитку, на противагу уникненню труднощів, комфорту та безпеки.

При описі аналізу феномена життєвої кризи різними авторами найчастіше використовуються такі поняття.

Кризова ситуація – це сукупність зовнішніх і внутрішніх умов та обставин, які створюють необхідність кардинальних системних змін свого життя.

Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається з перешкодою у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися із цією ситуацією за допомогою звичних засобів. Виділяються два типи кризових ситуацій: обумовлені змінами у природному життєвому циклі або травмуючими подіями життя.

Часто як синонім поняття «кризова ситуація» використовується поняття «важка життєва ситуація», яке є терміном соціальнішим, ніж психологічним. Важка життєва ситуація – ситуація, що об'єктивно порушує життєдіяльність громадянина (інвалідність, нездатність до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, хворобою, сирітство, бездоглядність, малозабезпеченість, безробіття, відсутність певного місця проживання, конфлікти і жорстоке поводження в сім'ї, самотність і т.д.), яку він не може подолати самостійно.

У близьких поняттях «кризова подія» та «кризова ситуація» важливою характеристикою є «небажаність явища», яка ставить кризове явище у залежність від особистісної оцінки та особистісного сприйняття. Небажаність кризової події визначається тим, що вона небезпечна («спільна небезпека» — другий системоутворюючий елемент даного поняття) для життєдіяльності людини. Це може бути загроза здоров'ю, матеріальному благополуччю, соціальному статусу, внутрішньоособистісній рівновазі.

Психологічний аналіз виділяє такі параметри кризової події:

- несприятливі умови життєдіяльності;
- загрозливий характер події;
- різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;

- виснаження адаптаційних ресурсів та «прорив» адаптаційного бар'єру;
- зміна динамічних стереотипів поведінки;
- кризовий стан особистості.

Часто використовується також поняття «особистісна криза», яке є найближчим до терміну «індивідуальна життєва криза». Особистісна криза визначається як самостійна криза індивідуального життя, що виникає в умовах суб'єктивної неможливості реалізації внутрішніх потреб життя, що супроводжується переживанням стану внутрішньої дезінтеграції, що виникає в результаті усвідомлення суб'єктом неузгодженості реальних життєвих відносин та глибинних смислових структур особистості.

Менш широким є поняття «кризовий стан» — це психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важко переносиму психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів. Зовнішні події можуть провокувати запуск.

Кризовий стан визначається фрустрацією – психічним станом людини, що викликається об'єктивно непереборними труднощами, що виникають на шляху до досягнення мети або вирішення завдання, переживанням невдачі і стресом.

У психології для опису будь-яких феноменів, зазвичай, використовують емоційний, когнітивний, мотиваційний і поведінковий компоненти. В реакції на кризову ситуацію ці компоненти тісно пов'язані один з одним та визначають зміст кризового переживання та психологічного стану.

Емоційний компонент є найбільш вираженим у кризовому стані. Для нього характерні такі особливості:

- виражено негативний характер переживань. На перше місце в кризовій ситуації виходять відчуття та емоції негативного характеру («мені погано»);

- висока інтенсивність переживань. Сила та інтенсивність почуттів у кризовій ситуації значно перевершують ті емоції, які людина відчуває у повсякденному житті («я цього не винесу»);
- різноманіття переживань: пригніченість, страх, почуття провини, образа, злість, безпорадність, безнадійність, самотність тощо;
- суперечливість переживань. Часто почуття, які відчуває людина в кризовій ситуації, мають суперечливий характер. Те, що в нормальному житті зазвичай несумісне, у кризовому стані переживається миттєво. Наприклад, полегшення та біль у разі смерті хворого родича;
- незвичність переживань. Більшість почуттів, які відчуває людина, є незвичайними і незвичними для неї («я не розумію, що зі мною»);
- неприйнятність переживань. Деякі почуття зазвичай вважаються неприйнятними, неприпустимими (наприклад, агресивність, гнів, лють, ненависть). У результаті людина, яка відчуває ці почуття, відчуває себе «ненормальною» та ізольованою від суспільства, оскільки не може розповісти про ці почуття оточуючим, що ще більше посилює кризовий стан («я божеволію»);
- неприйняття переживань. Ряд почуттів, які притаманні кризовому стану, неприйнятні не тільки для оточуючих, а й не приймаються самою людиною. В результаті значна частина кризового стану наповнена так званими метапочуття або переживання з приводу своїх почуттів. Головним чином це негативні почуття, що виявляються у боротьбі людини зі своєю реакцією на кризову ситуацію («я намагаюся тримати себе в руках»).

Когнітивний компонент тісно пов'язаний з емоційним і проявляється в нездатності людини самостійно знайти вихід із ситуації: «Я не знаю, що мені робити». У цьому сенсі до певної міри кризовою можна вважати будь-яку ситуацію, у якій ускладнений пошук виходу з даного становища. Когнітивний компонент кризового стану також виражається в одномірному баченні ситуації, наприклад, людина бачить вихід зі свого стану в тому, щоб

«позбутися нестерпних почуттів». Іноді цей стан називають «тунельним баченням».

У кризовому стані людина втрачає важливі сенсо-життєві орієнтири. Глибока апатія – природна реакція на втрату цих орієнтирів. Людина каже: «Я нічого не хочу», «мені нічого не треба», вона відмовляється не тільки від своїх бажань, а й від будь-яких дій і не в змозі взяти на себе якусь відповідальність за те, що відбувається з нею. Таким чином, у кризовому стані людина відчуває відчуття хаосу, роздробленості та «втрати себе», вона відчувається неадекватною або навіть психічно ненормальною, оскільки все, що відбувається з нею, зовсім не вписується ні в її Я-концепцію, ні в її концепцію навколишнього світу. Це виходить за рамки її уявлень про себе, уявлень про нормальну поведінку та стан – в цьому полягає третій мотиваційний та поведінковий компонент.

Відомо, що психологічні процеси (або переживання) мають свої внутрішні цілі. Їх чотири:

- випробувати в даний момент («тут і зараз») задоволення;
- реалізувати якусь діяльність відповідно до якогось мотиву;
- забезпечити упорядкованість свого внутрішнього світу;
- забезпечити особистісне зростання – прогрес особистісної структури – стати психологічно досконалішим.

Здійснення сукупності цих цілей – у реалізації психічного життя. Неможливість реалізації будь-якої з них призводить до різних видів психологічних криз. Причини кризи можуть бути зовнішні та внутрішні. Коли говорять про зовнішні причини кризи, насамперед мають на увазі несприятливі зміни середовища та зовнішні події. Однак причиною кризи можуть бути й радісні події, наприклад, перше кохання, нова посада, народження дитини. «Кризовий потенціал» таких подій у тому, що вони мають особливу емоційну значущість та викликають порушення звичного перебігу життя.

Іноді неможливо точно вказати зовнішню причину кризи, вона ніби визріває всередині людини. Начебто все в житті людини залишилося як і раніше, але вона відчуває, що стала іншою. Тоді можна говорити про внутрішні причини кризи. Прикладами таких криз є вікові кризи, частково сімейні та екзистенційні.

Як б не була причина кризи, її розвиток слідує певній логіці. Можна виділити такі етапи розвитку кризового стану у людини:

- ігнорування травмуючої події, шок, заціпеніння;
- усвідомлення дійсності та пошук причин того, що сталося. Часто супроводжується гнівом, почуттям несправедливості того, що відбувається;
- стан гострого горя та розпачу (душевний біль, проблеми концентрації, втрата енергії);
- реорганізація та народження нового (створення образу пам'яті).

Деякі автори описують такі стадії розвитку кризового стану:

1. Стадія нормальної адаптації. Характеризується зростанням напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблем. При зіткненні із проблемною ситуацією людина, щоб з нею впоратися, використовує минулий досвід. На цій стадії людина користується звичними способами для вирішення проблем, залучає знайомі ресурси, при цьому напруга та релаксація збалансовані та зберігається гнучкість у вирішенні проблеми. Якщо звичні способи вирішення проблем не спрацьовують, настає друга стадія.

2. Стадія мобілізації. Характеризується подальшим зростанням напруги. На цій стадії людина потребує допомоги зі сторони і готова її прийняти. У ній зростають невпевненість, страх та напруга. Порушується емоційна збалансованість та напруга переважає над релаксацією. Відбувається мобілізація нових ресурсів, зовнішніх та внутрішніх. Виникає певна амбівалентність. З одного боку, прокидається готовність нових шляхів подолання ситуації, з іншого – зменшується гнучкість у підході до проблеми. Якщо людина не отримує допомоги, настає третя стадія.

3. Критична стадія. Характеризується підвищенням тривоги, почуття безпорадності та безнадійності, проявляється внутрішня психологічна дезорганізація, емоційна, інтелектуальна, особистісна. Руйнуються звичні механізми подолання, наростає відчуття хаосу. Система підтримки руйнується, оскільки людина перестає сприймати сім'ю, близьких як джерело допомоги. На цій стадії можуть переважати деструктивні форми вирішення ситуації (протиправні дії, суїцид, вбивство та ін.).

Криза може завершитись на будь-якій стадії, якщо зникне небезпека або виявиться рішення.

Поняття «життєва ситуація» стало активно розглядатись психологами з початку ХХ століття. На відміну від історичної чи соціокультурної ситуації у центрі життєвої ситуації завжди виявляється конкретна людина: «Життєві ситуації – це сукупність значимих людини подій і пов'язаних із нею потреб, цінностей і уявлень, які впливають на його поведінку і світогляд у конкретний період життєвого циклу».

Багато дослідників пов'язують появу «психології ситуацій» з теорією поля К. Левіна, у якій автор одним з перших поставив питання про цілісний розгляд середовища проживання і особистості в їх взаємовідносинах. Незважаючи на тривалі дискусії, що розгорталися протягом ХХ століття між «ситуаціоністами» та «персонологами», останнім часом поширений особистісно-ситуативний підхід, з позиції якого «ситуація – це система об'єктивних та суб'єктивних елементів, що поєднуються у життєдіяльності людини у певний період часу».

Подальший розвиток психології ситуацій пов'язаний з так званою теоремою американського соціолога У. Томаса, згодом підхопленої прихильниками символічного інтеракціонізму. Інтеракціоністи підкреслювали значущість суб'єктивної інтерпретації ситуації та значення, що їй приписується, що на сьогоднішній день активно розглядається в рамках психології травматичних ситуацій.

Теорема У. Томаса: «Якщо люди визначають ситуації як реальні, вони стають реальними за своїми наслідками» [73].

Нині немає єдиної загальноприйнятої класифікації життєвих ситуацій. У психології залежно від суб'єктивного сприйняття та оцінки ситуацій індивідом виділяють суб'єктивно значущі та суб'єктивно незначущі ситуації. Більш інформативною представляється класифікація за силою «дестабілізуючого впливу на індивіда та соціум», згідно з якою виділяють такі види ситуацій [23]:

- штатні (для цих ситуацій характерний звичний розвиток подій, застосування традиційних алгоритмів для їх вирішення);
- проблемні (містять у собі протиріччя та не мають однозначних алгоритмів рішення);
- соціально напружені (містять у собі конфлікт інтересів різних соціальних груп);
- екстремальні (ситуації, що висувають підвищені вимоги до психофізіологічних можливостей людини).

Досить часто можна зустріти поділ ситуацій на звичні (нормальні) та проблемні (важкі). При цьому під важкою життєвою ситуацією розуміється ситуація, яка об'єктивно порушує життєдіяльність людини, що вимагає від неї зміни звичних моделей поведінки.

Основною складовою важкої життєвої ситуації є її напруженість, необхідність вирішити якесь завдання (інтелектуальне, емоційне, соціальне) шляхом зміни звичної моделі поведінки, способів та засобів діяльності. У той час як кризова та екстремальна ситуації, які можна об'єднати терміном «граничність», можуть мати глибші наслідки для особистості: вони містять ризик психічної травматизації та виникнення психічних розладів. При цьому граничність визначається обсягом внутрішньої душевної роботи з подолання ситуації.

Під психологічною кризою розуміється стан внутрішнього глухого кута, переломний момент у житті, пов'язаний з втратою життєвих орієнтирів. Він вимагає від людини інтенсивної внутрішньої роботи зі зміни самої себе.

Екстремальний стан виникає внаслідок вираженого дисбалансу між силою зовнішніх обставин та внутрішніми адаптаційними можливостями людини. Екстремальна ситуація може спричинити за собою особистісну кризу, ставши поворотним пунктом у розвитку людини, а може залишитися у чистому вигляді екстремальною, особистісно-інтактною (не пов'язаною з особистісним реагуванням та наступними внутрішньоособистісними змінами).

Протягом життя людина стикається з різними ситуаціями: важкими, кризовими, екстремальними, розрізнення яких є важливим для здійснення грамотної психологічної допомоги. Кожна з цих ситуацій визначається у межах конкретної життєвої історії з урахуванням індивідуального типу реагування, особистісних смислів та ресурсів.

Хвороба. Будь-яка людина протягом свого життя піддається різним захворюванням, що відрізняються за своєю тривалістю та патогенним впливом на організм. Особливе значення для будь-якої людини має тяжке захворювання, яке суттєво порушує її звичну життєдіяльність і найчастіше змінює життєві перспективи.

Багато з сучасних досліджень у рамках клінічної психології присвячені вивченню ролі психологічних факторів у виникненні, перебігу та лікуванні психічних та соматичних захворювань, розгляду вторинних порушень, зумовлених хворобою, та механізмів психологічної адаптації у різних категорій хворих. Для опису суб'єктивної складової захворювання в психології використовуються такі поняття, як «внутрішня картина хвороби», «переживання хвороби», «ставлення до хвороби». Найбільш широким з перелічених є поняття «внутрішньої картини хвороби» (ВКХ), яким називається «все те, що відчуває і переживає хворий, усю масу його відчуттів... його загальне самопочуття, самостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини ... весь той величезний світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття, відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань та травм» [29].

В даний час внутрішня картина хвороби розглядається як складне утворення, що включає 4 взаємопов'язані рівні:

- рівень відчуттів, або чуттєвий, пов'язаний з локалізацією болю, визначенням її інтенсивності і т. д.;
- емоційний рівень, пов'язаний з безпосереднім реагуванням на захворювання та його наслідки;
- інтелектуальний (когнітивний) рівень, в якому знаходять відображення уявлення хворого про своє захворювання, його розвиток та причини;
- мотиваційний рівень, що включає в себе ставлення хворого до захворювання, готовність до зміни поведінки та способу життя, планування та реалізацію діяльності щодо повернення здоров'я.

Комбінація всіх перелічених рівнів створює у хворої людини «модель свого захворювання», яка визначає характер та інтенсивність переживань, а також поведінку людини.

Ситуація хвороби переживається найбільш гостро та важко у разі вітальної загрози. Захворювання з вітальною загрозою стає для хворої людини та її сім'ї одночасно і життєвою кризою, і екстремальною ситуацією, глибоко торкаючись всіх рівнів людського життя: соматичного, емоційного, психологічного, соціального, духовного. На думку багатьох дослідників, адаптація людини до смертельного захворювання має свою специфіку та передбачає проходження кількох етапів, на кожному з яких вирішуються найважливіші психологічні, соціальні та світоглядні завдання. Головними із цих завдань є прийняття хвороби, продовження життя в умовах хвороби, інтеграція досвіду хвороби та якісна реконструкція особистості [50].

В результаті вивчення у онкологічних хворих першого етапу («усвідомлення та прийняття хвороби»), що визначає перехід від життя «до хвороби» до життя «з хворобою» і запускає наступні внутрішньоособистісні зміни, американський психолог Е. Кюблер-Рос виділила 5 стадій [69]. Виділені нею стадії (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття хвороби) у загальному

вигляді поширюються на процес усвідомлення та прийняття будь-якої важкої хвороби, пов'язаної з вітальною загрозою, а також на процес усвідомлення втрати близькими вмираючої людини.

Вагітність. Вагітність є перехідним періодом у розвитку жінки, який супроводжується суттєвими фізіологічними та психологічними змінами, зачіпає різні рівні існування майбутньої матері та потребує особливої адаптації до ситуації. Вагітна жінка вирішує відразу кілька соціально-психологічних завдань, серед яких зазвичай виділяють такі:

- зміна самосвідомості та статевої ролі;
- зміна способу життя;
- встановлення збалансованих відносин з батьком дитини;
- формування батьківсько-дитячих відносин та прийняття ролі матері;
- інтегрування реальної ситуації вагітності та очікувань, мрій, фантазій, пов'язаних з вагітністю та народженням дитини, тощо.

Крім того, в період вагітності підвищується особистісна вразливість жінки, можуть актуалізуватися невирішені психологічні конфлікти, пов'язані з непорозумінням у подружніх відносинах, дисгармонійною взаємодією з власною матір'ю, посилюються сенситивність, навіюваність, тривога та безпорадність.

Прихильники трансперсонального підходу приділяють велику увагу актуалізації під час вагітності особистого пренатального досвіду емоційної взаємодії з власною матір'ю, включаючи сюди «емоційну конфронтацію», «проблеми ідентифікації з ключовою особистістю», «перенесення на дитину функцій об'єкта потягів, об'єкта прихильності». Автори виділяють різні типи ставлення до вагітності, в основі яких лежать свідоме та несвідоме прийняття чи відкидання. Виділяють 6 стилів переживання жінками вагітності, беручи за основу переважаючі емоції, соматичні відчуття та динаміку стану по триместрах: адекватний, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний, відкидаючий [11, 49].

Як найважливіший фактор, що зумовлює ставлення жінки до своєї вагітності і згодом до дитини, психологи відзначають бажаність або запланованість вагітності (при цьому вагітність може плануватися обома партнерами або ж жінкою) і небажаність або випадковість вагітності (коли вагітність є небажаною для обох партнерів). Велику роль також відіграють справжні мотиви збереження вагітності, серед яких можуть бути як конструктивні мотиви, що сприяють «реалізації почуття материнства», особистісному зростанню та зрілості жінки, так і деструктивні мотиви, які можуть призвести до посилення емоційної дистанції між подружжям та виникнення емоційного відчуження між матір'ю та дитиною. Конструктивні мотиви зазвичай пов'язують із почуттям кохання. В якості деструктивних мотивів розглядаються такі: спроба поліпшити відносини в сім'ї, утримати чоловіка або змусити його одружитися, щоб «бути як усі», щоб мати «хоч одну близьку людину», щоб довести батькам свою дорослість тощо.

Вкрай складно визначити той поріг, за яким вагітність із важкої життєвої ситуації переростає в особистісну кризу. Багато авторів підкреслюють суб'єктивно пережиту складність першої вагітності, що перериває самостійне існування жінки і дає початок безповоротним материнсько-дитячим відносинам, що висуває нові вимоги до усвідомленості та емоційної компетентності жінки. З іншого боку, не менш складною і суперечливою є пізня вагітність (як первинна, так і повторна), в якій актуалізуються компенсаторні мотиви, тривога і страх у зв'язку з можливим перериванням вагітності за станом здоров'я.

Особливе місце у житті жінки займає незапланована вагітність, яка нерідко переривається абортom.

Втрати. У широкому значенні до ситуацій втрати можна віднести переживання будь-якої неприємної події, пов'язаної з позбавленням, втратою чогось важливого, емоційно значимого. Так само як хвороби, втрати є невід'ємною частиною людського життя і відрізняються за ступенем свого впливу на неї: одні можуть залишитися непоміченими, інші можуть суттєво

порушувати звичну життєдіяльність людини та спричиняти глибокі зміни особистості. На сьогоднішній день у психології немає чіткого визначення галузі застосування поняття «втрата» та відповідної класифікації втрат.

Поєднуючи різні підходи і погляди, можна сказати, що до втрат належать майнові позбавлення (від втрати окремих предметів до втрати житла), фінансові втрати, втрата роботи, втрата тварини, втрата близьких відносин (дружби, кохання, довіри, поваги), втрата значних людей (смерть близького, розлучення), втрата власного фізичного благополуччя (зміна здоров'я та зовнішності), духовні та екзистенційні втрати (втрата сенсу та цінності життя, втрата віри, відчуття безпеки світу тощо). Ця класифікація досить умовна: реальна ситуація втрати, як правило, зачіпає одночасно різні сторони людського життя (наприклад, втрата близької людини супроводжується втратою духовних опор).

Смисловий зміст втрати завжди індивідуальний та унікальний. Так, втрата роботи, що розглядається виключно як втрата джерела засобів для існування, переживатиметься зовсім інакше, ніж втрата улюбленої роботи, що надихає; у свою чергу, остання переживатиметься ще гостріше, якщо людина не має жодної можливості повернутися до цікавої для неї діяльності за станом здоров'я тощо.

Найважчою втратою є втрата близької людини у разі її смерті. Переживання втрати близького – це процес, протягом якого людина намагається розв'язати найскладніше завдання знаходження сенсу травмуючої події і включення його в свою життєву історію. Якщо померлий був особливо близький, то разом з ним втрачається сенс життя, підривається основне почуття безпеки та стабільності світу, єдності та безперервності власного життя.

Багато дослідників, які вивчають переживання втрати близького (у разі його смерті), акцентують увагу на різних аспектах цього процесу та виділяють стадії та рівні переживання втрати. Переживання втрати супроводжує

практично будь-яку особистісну кризу, відбиваючи ті значні відносини та сфери, які зазнають суттєвих змін у житті людини.

1.3. Наративні практики надання психологічної допомоги у кризових ситуаціях

Психологічна допомога – це психологічний вплив однієї людини на іншу (або на групу), що здійснюється на користь того (або тих), на кого цей вплив виявляється. Психологічний вплив – вплив на стан, думки, почуття та дії іншої людини за допомогою психологічних засобів.

Психологічна допомога у вузькому значенні – емоційна підтримка. На найпростішому рівні – це наявність стосунків, розмова та вислуховування чи спільна діяльність та об'єднання людей для вирішення поточних життєвих завдань.

Емоційна підтримка, заснована на прийнятті та співпереживанні, в більшості випадків постає як необхідна умова ефективності психологічної допомоги. Професійна психологічна допомога відрізняється тим, що виходить із коректно сформульованих, несуперечливих, науково обґрунтованих уявлень щодо її потреби та інтересів клієнта. Діючи на користь іншої людини, професіонал може використовувати спеціально розроблені прийоми, будь-які з відомих методів психотерапії, адекватних цим уявленням [38].

Метою психологічної допомоги людині, яка перебуває в кризовій життєвій ситуації, може бути розвиток особистості, профілактика подальших нервово-психічних розладів, корекція гострих емоційних станів, психотерапія, реабілітація.

Допомога надається для підтримки та відновлення стабільного функціонування особистісної та соціальної систем і може виступати одним із факторів, що сприяють швидкому та успішному відновленню психосоціальної адаптації.

Професійна психологічна допомога у кризових ситуаціях є допомогою у вирішенні психологічних завдань особистості. Необхідно визначити, що

психологічне завдання особистості – це завдання зі створення, підтримки та відновлення емоційних та мотиваційних передумов для успішного соціального та психосоматичного функціонування. Очевидно, що успішне вирішення психологічних завдань, що веде до найповнішого соціального та психосоматичного функціонування, є найкращою психопрофілактикою, а у разі клінічних порушень – і обов'язковим компонентом психотерапії [24].

Психологічним завданням особистості у разі кризової ситуації є інтенсивна внутрішня робота, пов'язана з переоцінкою та переосмисленням життєвих цінностей, пріоритетів, цілей. Природно, що при цьому змінюється емоційний стан людини, а також те, що в період цієї дезорганізації не завжди можна дати собі звіт про свої дії. Таке завдання виникає у зв'язку з неможливістю продовжувати колишній звичний спосіб дії. У кризовій ситуації звичні методи особистісної активності виявляються неадекватними лише ситуативно. Зовнішні стосовно людини обставини дозволяють особистості повернутися до колишнього способу життя, до звичного функціонування систем. І в разі кризової ситуації психологічне завдання особистості є завданням зміни картини світу, вирішення якої передбачає зміни, що ведуть до утворення латентних ресурсів, що підвищують пластичність, готовність зустрітися з великою кількістю різноманітних стимулів.

Психологічна допомога у кризових ситуаціях має свою специфіку, обумовлену об'єктивними та суб'єктивними обставинами. Ця специфіка дає підстави виділення власних принципів психологічної допомоги.

Найбільш загальним (фундаментальним) принципом є спрямованість роботи на стійку зміну, в результаті якого людина знаходить суб'єктивне відчуття управління ходом власного життя і відновлює впорядковану та несуперечливу картину світу, природною частиною якої вона є. Складовою цього загального принципу є принцип нормалізації, що визначає специфіку зміни, суть якого полягає у прийнятті своєї поведінки в травматичній ситуації як нормальної та впевненості у можливості повернутися до нормального життя.

Визначені специфікою кризової та екстремальної ситуації є також принцип невідкладності та принцип наближеності до місця подій [31].

Невідкладність означає, що допомога потерпілому повинна бути надана якнайшвидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу. Суть принципу наближеності полягає у наданні допомоги у звичній обстановці та соціальному оточенні [32].

Зумовленими специфікою наслідків перенесених переживань є:

- принцип партнерства та підвищення гідності особистості (або принцип досягнення самоефективності);
- принцип індивідуальності (або принцип створення особистої теорії одужання);
- принцип самовираження.

Процес терапії в емоційному плані включає повторні переживання, уникнення, підвищену чутливість і самозвинувачення. Людина після катастрофи, з досвідом жорстокого поводження, з приниженою гідністю та безсиллям – це людина з травмованим почуттям власного Я. Але таке ж безсилля можуть відчувати і ті, хто залишився живим після катастрофи, але не зазнавав жорстокості та приниження. Тому партнерство в терапевтичному союзі є значним чинником одужання. Робота з подолання кризових подій – це спільна подорож, де відомий лише загальний напрямок і де при зустрічі з кожною новою перешкодою чи перешкодою потрібно бути готовим знаходити нові шляхи. Зцілююче спілкування та співробітництво призводять до взаємної довіри, до зростання почуття власної гідності, віри у свої сили та до життєстійкості.

Кожна людина має свій шлях відновлення після перенесеного стресу та отриманої травми. Тому психолог повинен розуміти та цінувати індивідуальні переживання, індивідуальний спосіб посттравматичної регуляції, бути готовим до особливих проявів переживань та переходу на нормальний режим життєдіяльності. Особистий сюжет клієнта створює свій власний символічний

та метафоричний простір, у якому можуть відбутися примирення з минулими подіями та виникнути нові почуття оптимізму та впевненості у завтрашньому дні. Принцип особливості іноді суперечить принципу зняття унікальності переживання.

Робота над собою будь-яким шляхом, через відреагування горя чи страху, вираження своїх почуттів щодо травмуючих образів в алегоричній історії або спілкуванні з іншими учасниками, через вироблення своєї системи цінностей або звернення до гумору сприяє зціленню. Терапевту необхідно заохочувати всі складові процесу одужання, оскільки він є провідником та тренером, який відкриває перед клієнтом чи учасниками групи нові підходи та навички, які перебували у латентному стані.

Принциповим правилом є розуміння того, що будь-яка допомога – тимчасова міра, яка забезпечує для людини процес переходу до майбутнього стійкого стану його життєдіяльності.

Одним з методів надання психологічної допомоги людям в кризових життєвих ситуаціях – є нарративна практика. Нарративна практика надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях ґрунтується на двох основних принципах:

- усі думки та поведінка людини існують у культурних контекстах, які дають їм особливий зміст та значення;
- погляд людей на світ формується через комплекс, часто несвідомих процесів «просіювання» через власний досвід та вибір тих елементів, які найбільше відповідають домінуючій історії життя.

Метою нарративної практики надання психологічної допомоги у кризових ситуаціях є створення нових історій, відкриття простору для широкого поля альтернатив, переживання відчуття вибору. Психолог, що працює в рамках нарративної практики, не займає позицію «експерта за змістом життя» клієнта, а навпаки, займає позицію «незнання», тому у фокусі уваги виявляються не знання та вміння психолога, а знання та вміння клієнта. Психолог лише ставить питання, які сприяють побудові бажаного для клієнта

напрямку життя, яке відбувається за рахунок все більш повного і насиченого, багатогранного опису улюбленої історії клієнта [45, 46].

Важливо, що перетворюючі історії не можуть бути нав'язані клієнту, оскільки це може не відповідати його уявленням. Усі зусилля психолога спрямовані на «ущільнення» та «розширення» нової історії у вигляді життєвого матеріалу самого клієнта. Змістом же мети в наративній практиці є готовність клієнта прийняти і самому створити нову і бажану йому історію життя і визнати її домінуючою у житті. Такою є специфіка наративної практики надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях [57].

Важливими принципами наративного підходу, в тому числі про роботу з клієнтами в кризових ситуаціях, є турбота про те, хто звертається за допомогою, та неекспертна позиція практика. Наративний практик вміє певним чином ставити питання, але він не є експертом з того, в якому напрямку та яким чином людині слід рухатись у житті. Людина сама є експертом власного життя. Тому наративний практик не нав'язує клієнту жодних методів, які вважає правильними. Швидше, терапевт постійно просить його вибрати з кількох можливих альтернативних напрямів розвитку розмови той, який найбільше підходить, є найцікавішим, перспективним і корисним. В результаті людина зміцнює контакт з тим, що для нього важливо в житті – з цінностями, принципами, мріями і добровільно взятими на себе зобов'язаннями, що втілюються в історіях його життя [59, 72].

«Неекспертність» практика, акцент на цікавість у відносинах з людьми ставить виняткову неієрархічність та інклюзивність наративної спільноти. У ньому немає «сходів», по яких клієнтові необхідно залізти, щоб його рахували гідною людиною, а його думка була гідною уваги.

У співтоваристві прийнята етика турботи про колег, а не етика контролю; прийнято вкладати багато сил і уваги в те, щоб ніхто не відчував себе зайвим, непотрібним, ігнорованим, – у цьому втілюється особливий акцент на «спільність», комунікативність, на протиположність індивідуалістичній спрямованості домінуючої культури. Навіть коли ми працюємо з людиною

індивідуально, це все одно так чи інакше робота із спільнотою, до якої людина включена.

Призначення наративної терапії – створення нових історій, відкриття простору для широкого поля альтернатив, переживання відчуття вибору, щоб людина відчула себе здатною впливати на власне життя, більшою мірою автором улюбленої історії свого життя і стала б втілювати її, залучаючи та об'єднуючи «своїх» людей у співтовариство турботи та підтримки [6, 20].

Основні ідеї наративної терапії [47]:

- події життя та відносини людей формуються в процесі соціальної взаємодії;
- уявлення про себе та своє життя створюється у людини з тих історій, які вона розповідає собі та іншим;
- переповідання історій життя з іншої точки зору впливає на зміну сприйняття власного життя, оцінки сьогодення, минулого і майбутнього.

Наративна терапія концентрується на дослідженні того, як досвід викликає очікування і як очікування потім переформовують досвід через створення оповідань. Іншими словами, розповіді про життя діють як фільтри, що відокремлюють той досвід або переживання, які не узгоджуються з сюжетною лінією, від того, що клієнт сприймає як істинний досвід свого життя. Якщо їх не можна відфільтрувати, події спотворюються до тих пір, поки не вкладатимуться в основну канву [64].

На думку Дж. Комбса, М. Уайта, Дж. Фрідмана, наративна метафора дозволяє психотерапевту [35, 61]:

- 1) зайняти позицію емпатичного співробітництва з вираженим інтересом до розповіді клієнта;
- 2) шукати ті епізоди у розповіді клієнта, у яких він виявив себе сильним і виявив багатство своїх внутрішніх ресурсів;
- 3) використовувати питання, щоб знайти шанобливий підхід до будь-якої нової розповіді, не нав'язуючи клієнту своєї думки;

4) ніколи не навішувати ярлики, а бачити в людині особу з унікальною історією;

5) допомогти людині відокремити себе від домінуючого культурного нарративу, який він інтерналізував, щоб відкрити простір для альтернативних розповідей про своє життя.

Прихильники нарративного підходу вважають, що проблеми виникають тому, що наша культура змушує людей втискати себе у вузькі рамки саморуйнівних поглядів на себе та світ. У певному сенсі нарративна терапія розширює коло відповідальності за проблему.

Ідея про те, що індивід не винен у своїх проблемах, потребує особливого погляду на людей і на те, як легко вони піддаються впливу так званого домінуючого у суспільстві дискурсу (переважних культурних тем, нерідко шкідливих). Соціальний конструктивізм цьому чудово відповідає, оскільки малює образ людини, що легко піддається впливу культурних нарративів.

Оскільки на нас впливають домінуючі культурні нарративи, ми повинні постійно переоцінювати свої уявлення, щоб переконатися, що ми конституюємо себе відповідно до того, якими ми хочемо бути, а не з тими, якими нас змушує бути суспільство. Це ключове становище, що має глибоке значення для особистих і професійних відносин [58].

Концепція «плинної» особистості, яка конституюється через мінливі нарративи і не має ніяких невід'ємних і довготривалих якостей, є наріжним каменем в основі нарративної терапії. Ця концепція дозволяє психотерапевту вірити у те, що, створюючи нові нарративи разом із клієнтами, робить все необхідне для глибоких і, головне, стійких змін «Я»-концепції та життя клієнтів. Новий нарратив стає реконституційованим «Я».

Якщо розповіді, що описують життя людини, показують, що її досвід марний, людина може ув'язнути у своїх проблемах. Її проблеми, ймовірно, збережуться доти, доки не візьме гору більш оптимістична версія подій.

Прихильники нарративного підходу не фокусуються на результатах поведінки. Натомість нарративісти зосереджують увагу на тому, як люди

обмінюються своїми розповідями. Саме їхні оповідання («мене не люблять», «до мене чіпляються») впливають не лише на те, що вони помічають (запізнення, докори), а й на те, як вони інтерпретують свої спостереження. Прибічники нарративного напряму називають такі патерни вузькоспрямованого бачення «проблемо-насиченими» оповіданнями, які, утвердившись раз, змушують кожну сторону до реакцій у відповідь, що вписуються в проблемне оповідання і підтримують її.

Прихильники нарративної терапії пропонують переключити увагу з пошуку патології всередині людини або сім'ї на той шкідливий вплив, який надають на наше життя культурні нарративи.

Наративні психотерапевти не вирішують проблеми. Вони зацікавлені у «пробудженні людей від гіпнозу» домінуючих культурних навіювань, щоб вони розширили діапазон вибору. Або, як люблять говорити нарративні терапевти, їхня робота – це співавторство з клієнтами у створенні нових оповідань про себе.

Висновки до розділу 1

У психотерапії широко використовується нарративний підхід, який знайшов своє відображення в нарративній терапії. Наративна терапія – це сучасний підхід у психологічній допомозі та роботі з людьми. Для нарративного практика його співрозмовник у центрі розмови. Увага спрямована на наміри, мрії та принципи співрозмовника. Наративний практик не нав'язує свої уявлення про психологію та життя.

Кризова ситуація – це сукупність зовнішніх і внутрішніх умов та обставин, які створюють необхідність кардинальних системних змін свого життя. Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається з перешкодою у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися із цією ситуацією за допомогою звичних засобів. Виділяються два типи кризових ситуацій: обумовлені змінами у природному життєвому циклі або травмуючими подіями життя.

Метою психологічної допомоги людині, яка перебуває в кризовій життєвій ситуації, може бути розвиток особистості, профілактика подальших нервово-психічних розладів, корекція гострих емоційних станів, психотерапія, реабілітація.

Одним з методів надання психологічної допомоги людям в кризових життєвих ситуаціях – є наративна практика. Наративна практика надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях ґрунтується на двох основних принципах: усі думки та поведінка людини існують у культурних контекстах, які дають їм особливий зміст та значення; погляд людей на світ формується через комплекс, часто несвідомих процесів «просіювання» через власний досвід та вибір тих елементів, які найбільше відповідають домінуючій історії життя.

Метою наративної практики надання психологічної допомоги у кризових ситуаціях є створення нових історій, відкриття простору для широкого поля альтернатив, переживання відчуття вибору. Психолог, що працює в рамках наративної практики, не займає позицію «експерта за змістом життя» клієнта, а навпаки, займає позицію «незнання», тому у фокусі уваги виявляються не знання та вміння психолога, а знання та вміння клієнта. Психолог лише ставить питання, які сприяють побудові бажаного для клієнта напряму життя, яке відбувається за рахунок все більш повного і насиченого, багатогранного опису улюбленої історії клієнта.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАРАТИВНОЇ ПРАКТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРИЗОВИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ

2.1. Організація та методики дослідження

Дослідження ефективності наративної терапії відбувалось в ході незалежної роботи з п'ятьма клієнтами: 3 жінки віком 25, 34 та 47 років; і 2 чоловіка, віком 37 та 22 роки. Клієнти звернулись із різними скаргами, але всі вони перебували у кризовій життєвій ситуації під дією сильного стресу і потребували допомоги.

Робота з клієнтами тривала по 12 сесій, у вигляді наративної терапії. В кінці першої сесії і в кінці останньої клієнтам було запропоновано пройти тестування на дослідження індексу життєвої задоволеності, рівня тривожності та психічних станів особистості для визначення чи ефективною була наративна терапія.

Розглянемо кожен з перелічених методик більш детально.

*Тест на дослідження індексу життєвої задоволеності (А. Нойгартен)
(адаптація Н. Паніної)*

Даний опитувальник діагностує індекс життєвої задоволеності, відображає загальний психологічний стан людини, ступінь її психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптованості [54].

Опитувальник призначений для диференційованої оцінки особливостей стилю життя, потреб, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій людини з метою визначення, які з них позитивно позначаються на її загальному психологічному стані, а які негативно.

Тест на дослідження індексу життєвої задоволеності був розроблений групою американських учених, які займалися соціально-психологічними проблемами геронтопсихології; був вперше опублікований у 1961 році і

незабаром набув широкого поширення. Методика була перекладена та адаптована Н. Паніною у 1993 році. Опитувальник складається з 20 питань, що відображають різні аспекти загального психологічного стану людини та її задоволеності життям (Додаток А).

Індекс загальної життєвої задоволеності визначається нарахуванням балів за ключем. Максимальний індекс життєвого задоволення становить 40 балів. Показники від 31 балів і вище вважаються високим рівнем життєвої задоволеності. Середній рівень визначається в межах від 25 до 30 балів. Показники менше ніж 25 балів вважаються низькими.

Тест вимірює найбільш загальний психологічний стан людини, який визначається його особистісними особливостями, системою відносин до різних сторін життя. Індекс життєвої задоволеності – інтегративний показник, що включає в якості основного носія емоційну складову. Для власників високого значення індексу характерні низький рівень емоційної напруженості, висока емоційна стійкість, низький рівень тривожності, психологічний комфорт, високий рівень задоволеності ситуацією та своєю роллю у ній.

Під категорією «життєва задоволеність» розуміється найзагальніше уявлення людини про психологічний комфорт, яке включає:

- інтерес до життя як протилежність апатії;
- рішучість, цілеспрямованість, послідовність у досягненні життєвих цілей;
- узгодженість між поставленими та реально досягнутими цілями;
- позитивна оцінка власних якостей та вчинків;
- загальний фон настрою.

В якості додаткової інформація про те, які конкретні сфери життя приносять задоволення чи невдоволення, можна порахувати кількість балів за шкалами (максимальна кількість балів за кожною шкалою – 8):

1. Інтерес до життя. Судження № 1, 6, 9, 11. Шкала відображає ступінь ентузіазму, захопленого ставлення до звичайного повсякденного життя.

2. Послідовність у досягненні цілей. Судження № 8, 13, 16, 17. Високі показники за цією шкалою відбивають такі особливості ставлення до життя, як рішучість, стійкість, створені задля досягнення цілей. Низька оцінка за цією шкалою відбиває пасивне примирення з життєвими невдачами, покірне ухвалення всього, що приносить життя.

3. Узгодженість між поставленими та досягнутими цілями. Судження № 2, 4, 5, 19. Високі показники відображають переконаність людини в тому, що вона досягла або здатна досягти тих цілей, які вважає для себе важливими.

4. Позитивна оцінка себе та власних вчинків. Судження № 12, 14, 15, 20. Сюди належить оцінка людиною своїх зовнішніх та внутрішніх якостей. Високий бал відбиває високу самооцінку.

5. Загальний настрій. Судження № 3, 7, 10, 18. Шкала показує ступінь оптимізму, насолоди від життя.

Результати даного тесту дають можливість досить швидко отримати інформацію про загальний емоційний стан людини, про сфери життя, які, можливо, є «проблемними» для неї та вжити кроків для корекції.

Особистісна шкала проявів тривоги (Тейлор Дж.) (адаптація Т. Немчінова).

Особистісна шкала проявів тривоги призначена для вимірювання тривожності. Була розроблена Дж. Тейлором у 1953 році [87].

Ця шкала складається з 50 тверджень, на які необхідно відповісти «так» чи «ні» (Додаток Б). Твердження відбиралися із набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ). Вибір пунктів для тестування здійснювався на основі аналізу їхньої здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги».

Максимальна кількість балів, яку можна набрати – 40:

➤ 40-35 балів свідчить про надзвичайно високий рівень тривоги. Це може свідчити про наявність психічних порушень. Людина відчуває загрозу, відчуває дискомфорт, занепокоєння навіть у тих життєвих ситуаціях, які до

цього не схиляють. Людина дуже критична до себе. З'являються труднощі у навчанні, роботі, спілкуванні з людьми, агресія. Самостійно людина з цим упоратися не може. Фізичний прояв виражається підвищеною пітливістю, метеоризмом, слабкістю, прискореним диханням і серцебиттям, почервонінням шкіри.

➤ 34-26 балів свідчить про високий рівень тривоги. Особи з такими показниками мають високу емоційність, низьку самооцінку. Вони чутливі до критики, бояться висловлювати свою думку та почуття. Такі люди гірше працюють у стресових ситуаціях. Вони потребують визнання. Можуть спостерігатись фізичні прояви тривожності.

➤ 25-16 балів – середній рівень тривожності (с тенденцією до високого). Характеризується спокійним емоційним станом, комунікабельністю, помірною самооцінкою. Це більш відкриті люди, на відміну від тих, у кого висока тривожність. Але вони так само можуть відчувати занепокоєння, коли для цього немає явних причин.

➤ 15-6 балів – середній рівень тривожності (с тенденцією до низького). Люди с такими показниками мають свою думку, вміють її висловлювати і відстоювати. У них досить висока самооцінка та незалежність поглядів. Спокійно ставляться до критики. Є схильність до лінощів. Переживають в тих випадках, коли для цього дійсно є привід.

➤ 5-0 балів – низький рівень проявів тривоги. Люди з такими показниками можуть здатися бездушними, лінивими та безвідповідальними. Але це не завжди так. Вони також здатні відчувати страх і напругу, але тільки в момент, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла.

Опитувальник особистісних станів (А. Джерсайлд)

Даний опитувальник розроблений Артуром Томосом Джерсайлдом у 1950-х роках. Методика спрямована на виявлення таких стійких негативних внутрішніх станів, як самотність, відчуття безглуздості існування, свобода

вибору, статевий конфлікт, ворожий настрій, розбіжність між реальним та ідеальним «Я», свобода волі, безнадійність та почуття неприкаяності.

Опитувальник складається з 36 тверджень (Додаток В). На кожен з яких пропонується 4 варіанта відповіді. Кожному стану особи у опитувальнику відповідає 4 судження. Максимальна оцінка ступеня виразності того чи іншого стану даної методики – 8 балів, мінімальна – 0 балів.

- 7-8 балів – дуже висока виразність стану особистості;
- 5-6 балів – сильна вираженість стану;
- 3-4 бали – помірна вираженість стану;
- 0-2 бали – слабка вираженість або відсутність даного стану.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Перший клієнтський випадок.

Жінка віком 25 років. Перебуває в процесі розлучення з чоловіком, з яким була одружена з 18-річного віку. Проблем в стосунках не було, ініціатором розлучення став чоловік, який пішов до іншої жінки. Досвіду звернення до психолога раніше не було.

Скарга: жінка перебуває в апатії, винить себе в розлученні, вважає себе нецікавою та непотрібною. Не бажає спілкуватись з друзями та родичами, замкнулася в собі.

Завдання на роботу: розкрити почуття власної гідності, впевненості в собі та любові до себе.

Другий клієнтський випадок.

Жінка віком 34 роки. Втратила улюблену роботу – дизайнером інтер'єру і залишилась без стабільного прибутку. Не може влаштуватись на іншу роботу, оскільки потребує вільного графіку роботи. Має три дитини – вік молодшого – 3 роки. Через те, що не працюють дитячі садки, а школи в дистанційному режимі, постійно прив'язана до дому.

Скарга: жінка перебуває у замішанні і не може знайти собі місце. З одного боку стоять діти, з іншого – необхідність заробити гроші на життя. Пропало бажання займатись з дітьми та роботи справи по господарству. Знесилена, вважає себе поганою матір'ю.

Завдання на роботу: визначити положення власного «Я», розкрити особистісний потенціал та відновити впевненість в собі.

Третій клієнтський випадок.

Чоловік віком 37 років. Дізнався, що хворіє на діабет другого типу. Не може прийняти своєї хвороби, а саме того, що має дотримуватись дієти та приймати препарати до кінця життя.

Скарга: гостре неприйняття себе та своєї хвороби, роздратованість та істеричні настрої.

Завдання на роботу: розвинути почуття впевненості в собі та прийнята себе.

Четвертий клієнтський випадок.

Жінка віком 47 років. Страждає від фізичного насилля в сім'ї. Вийшла заміж в другий раз і була дуже щаслива, оскільки чоловік був дуже чуйним і добрим. Через декілька років шлюбу чоловік почав піднімати руку та сильно лаятись. Жінка намагалась врятувати стосунки. Зараз не може прийняти того, що єдиний вихід із ситуації – розлучення. Дуже страждає від того, що «втратила» свою єдину рідну людину.

Скарга: жінка перебуває в депресивному стані, не може знайти пояснення всьому, що відбувається в її житті, безуспішно намагається врятувати стосунки.

Завдання на роботу: розвинути почуття власної гідності і впевненості в собі.

П'ятий клієнтський випадок.

Чоловік віком 22 роки. Був відрахований з навчального закладу через академічну неуспішність. Зазнає через це закидів з боку всієї родини та деяких сусідів. Спроба відновитись у заклад не призвела до успіху. З одного боку чоловік вважає, що йому нецікава обрана професія, а з іншого – вважає за свій обов'язок здобути диплом.

Скарга: чоловік зайшов в тупик і не знає що робити з навчальним закладом, цькуванням. Минулі плани на майбутнє здаються безперспективними та нецікавими, а нових – немає. Звідси роздратованість та невпевненість.

Завдання на роботу: розвинути впевненість в собі, проаналізувати власні бажання та мрії.

Перша сесія з кожним клієнтом проходила у вигляді знайомства. Було визначено скарги та завдання на роботу. В кінці першої сесії клієнтам було запропоновано пройти опитувальник, на що вони погодились.

За допомогою опитувальника на дослідження індексу життєвої задоволеності було визначено загальний психологічний стан, ступінь психологічного комфорту а також рівень соціально-психологічної адаптованості клієнтів.

За результатами досліджень (табл. 2.1.) клієнти мали низький рівень загальної життєвої задоволеності – від 14 до 17 балів.

Показники, за якими клієнти набрали найменшу кількість балів – загальний настрій (1-4 бали), узгодженість між поставленими та досягнутими цілями (1-4 бали), та інтерес до життя (1-4 бали). Найвищими балами характеризувався показник «послідовність у досягненні цілей» (2-6 балів).

Результати оцінювання індексу життєвої задоволеності та окремих показників. Перша сесія

Показники	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Інтерес до життя (0-8 балів)	3	4	4	3	1
Послідовність у досягненні цілей (0-8 балів)	4	4	2	6	5
Узгодженість між поставленими та досягнутими цілями (0-8 балів)	2	3	4	1	2
Позитивна оцінка себе та власних вчинків (0-8 балів)	3	3	2	4	5
Загальний настрій (0-8 балів)	2	1	4	3	3
Загальний показник (0-40 балів)	14	15	16	17	16

Опитувальник за шкалою проявів тривоги, показав, що клієнти мали високий рівень тривоги (більше 26 балів), що свідчить про високу емоційність та низьку самооцінку (табл. 2.2.). Клієнти чутливі до критики, бояться висловлювати свою думку та почуття. У трьох клієнтів спостерігаються фізичні прояви тривожності (проблеми зі шлунком та головні болі).

Таблиця 2.2

Результати оцінювання рівня тривоги. Перша сесія

	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Прояви тривоги (0-40 балів)	26	33	29	31	34

За допомогою опитувальника особистісних станів було визначено основні стійкі негативні стани (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3

Результати оцінювання особистісних станів. Перша сесія

Показники	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Самотність (0-8 балів)	7	4	6	6	5
Відчуття безглуздості існування (0-8 балів)	6	4	8	4	7
Свобода вибору (0-8 балів)	3	7	4	5	4
Статевий конфлікт (0-8 балів)	3	2	6	4	4
Ворожий настрій (0-8 балів)	3	2	5	4	5
Розбіжність між реальним та ідеальним «Я» (0-8 балів)	7	7	8	5	6
Свобода волі (0-8 балів)	5	8	7	7	6
Безнадійність (0-8 балів)	7	7	5	4	8
Почуття неприкаяності (0-8 балів)	7	6	4	4	7
Загальний показник (0-72 балів)	48	47	53	43	52

Загальні показники особистісних станів (більше 47 балів) є високими. У кожного клієнта окремі показники мали різний рівень виразності, але можна зробити узагальнюючий висновок, що клієнти мали високу розбіжність між реальним та ідеальним «Я», низький рівень свободи волі, відчували самотність та безглуздість існування.

Проведення тестування на першій сесії дозволило нам більше дізнатись про характер та проблемні місця клієнтів. Ці знання стали в нагоді на наступних сесіях, для правильного ведення діалогу та уточнюючих питань.

Під час роботи з першим клієнтським випадком – жінкою віком 25 років, клієнтка швидко зрозуміла в чому полягає особливість такого виду терапії та змогла швидко розкритися.

На першій і другій сесії жінка розповідала про своє життя загалом, часто згадувала свого колишнього чоловіка і починала плакати. Вона звинувачувала себе, лаяла і часто задавала питання «Чому саме за мною це трапилось?». Під час сесій було з'ясовано, що жінка дуже негативно до себе ставиться – має низький рівень оцінки і самоповаги, підвищений рівень тривоги – дані спостереження підтвердили і результати проведеного опитування.

На третій сесії жінка була у більш спокійному стані і переважно згадувала різні негативні моменти життя з чоловіком – сварки, але на відміну від попередніх сесій, вона майже не звинувачувала себе, а перекладала всю провину на чоловіка. Однак істеричний і «самозвинувачувальний» настрій ще був сильно помітний. Позитивним моментом стало те, що жінка починала потрохи дивитись на ситуації з різних боків.

Четверта сесія почалась з того, що клієнтка розповіла, що процес розлучення офіційно закінчився. На моє питання, що вона відчула в момент, коли цей шлюб закінчився, вона відповіла, що «відчула полегшення». Хоча настрої жінки мала дещо плаксивий, вона була, за її словами, задоволена, і посміхалась крізь сльози.

На п'ятій сесії жінка почала окрім згадування минулого, почала трохи говорити про майбутнє, однак нічого не конкретизувала, за словами клієнтки,

в неї все попереду і вона бажає реалізувати деякі свої плани. Це було гарним “дзвіночком”, оскільки думки про майбутнє і плани завжди допомагають триматись «на плаву» і рухатись до своїх цілей, не озираюсь в минуле.

Шоста, сьома і восьма сесія пройшли без особливих значущих змін. Клієнтка розповіла, що в майбутньому хотіла б себе присвятити програмуванню. Працювати за комп'ютером вдома. Жінка продовжує себе вважати нецікавою, але стверджує, що вона не зміниться, що вона колись знайде собі «такого ж нудного чоловіка» і буде з ним щаслива. Також клієнтка розповіла, що записалась на курси програмування і вже почала ходити на заняття.

На дев'яту сесію жінка прийшла трохи розгублена і розповіла, що колишній чоловік писав їй у месенджері і запитував «Як справи?». Клієнтка не відповідала і відхиляла вхідні дзвінки. Як пізніше вона дізналась від подруги, її колишній посварився з новою дівчиною і намагався знову зблизитись з клієнткою, однак та не піддалась. Жінка впевнена, що вона починає нове життя і старі проблеми їй не потрібні.

На десяту сесію клієнтка прийшла набагато раніше зазначеного часу і була дуже радісною. В першу чергу вона розповіла про те, що познайомилась з хлопцем і вони подобаються один одному.

Одинадцята сесія також пройшла успішно. Клієнтка розповідала, що вона вже пройшла половину курсу з програмування і в неї все непогано виходить. Жінка багато мріяла про майбутнє і розповідала про свої плани, в які вже входив і новий хлопець.

На дванадцятій сесії жінка була трохи засмучена тим, що терапія наближається до кінця. За словами клієнтки, за час терапії вона багато чого переосмислила і тепер точно не повторить минулих помилок. Жінка яскраво відчувала в собі зміни, що відбулись з нею за останній час і відчувала себе більш впевненою в собі і власних силах. Почала нормально спати, менше їсти, навіть змогла трохи схуднути. Цілком клієнтка залишилась задоволена терапією і продовжила будувати свої нове життя.

Робота з другим клієнтським випадком – жінкою 34 роки, почалась з виявлення запиту на терапію. З першого сеансу стало зрозуміло, що головна мета жінки в житті – бути незалежною, забезпечувати дітям безбідне існування, реалізувати себе. Напрямок роботи був зрозумілим – усвідомити, що проблема з роботою та дитячими садочками – тимчасова, і обов’язково вирішиться рано чи пізно, але та мати – «справжня героїня», нікуди не зникла. Вона поруч зі своїми дітьми і любить їх. З перших сеансів жінка розуміла, що проблема тимчасова, але все одно не могла прийняти ситуацію.

На третьому сеансі клієнтка згадувала своє минуле життя, давала собі гарну характеристику як матері: «Любляча, терпляча, в міру сувора, завжди їх розуміла і була в курсі їх «дитячих справ» ... А зараз? Зараз я теж любляча, в міру терпляча, більш сувора, оскільки багато нервую, але продовжую їх розуміти і любити».

На четвертому сеансі жінка розповіла про те що її мати була дуже суворою і несправедливою, багато її карала ні за що і продовжувала звинувачувати, навіть коли клієнтка вже стала матір’ю. Клієнтка розповіла, що дуже давно з нею не спілкувалася і нарешті наважилась подзвонити. Телефонна розмова закінчилась сваркою, тому жінка була в поганому настрої.

На п’ятому сеансі жінка зробила висновок, що робота та самореалізація – не найголовніше в житті. Головне – любов та затишок в сім’ї, а грошей на мінімальні проблеми все ж таки вистачає. «Я перебільшувала, говорячи, що це була моя улюблена робота. Вона мені просто подобалась. Я гарно заробляла і почувалась вільно, тому мені було просто комфортно так жити ... Думаю, з часом я зможу знайти щось навіть краще, декілька місяців очікування нічого не вирішать, а моя мотивація до роботи і мій потенціал залишаються зі мною ... Я двічі героїня, оскільки мені вдається проходити через такий складний період в житті і продовжувати давати стільки любові своїм коханим дітям».

На шостому сеансі жінка розповіла, як ходила з дітьми гуляти в парк, і як гарно провела час. Клієнтка запевняла, що вона відчувала, що таке справжнє щастя і що воно завжди було поруч із нею.

На сьомому сеансі жінка була розгублена. Вона розповіла, що вчора їй дзвонила мама і вони домовились про зустріч. Клієнтка була знервована і відчувала тривогу – вона не хотіла зустрічатись з матір'ю, оскільки «це призведе до нового скандалу».

Восьмий сеанс розпочався з того, що жінка розповіла про розмову з матір'ю. За її словами все пройшло краще, ніж очікувалось, вони змогли поговорити і порозумітись, навіть обговорили питання про те, щоб діти залишались з бабусею, поки клієнтка буде на роботі. Жінка розповіла, що почала активно шукати роботу, оскільки в неї з'явився такий шанс.

Дев'ятий і десятий сеанс також пройшли без особливих змін. Клієнтка розповіла, що змогла знайти підробіток в рекламній компанії, платять небагато, але на сім'ю цього вистачить. Стосунки з матір'ю почали трохи налагоджуватись, скандалів та сварок не виникає.

Одинадцяту сесію клієнтка розповідала, що вийшла на роботу і все чудово. Жінка стала трохи думати про майбутнє, але дуже обережно. На її думку майбутнє дуже мінливо і поки зарано про щось мріяти.

На дванадцятій сесії клієнтка щиро дякувала за терапію, оскільки це дуже допомогло багато чого переосмислити і зрозуміти в житті, розтавити пріоритети і визначити справжні цінності.

Терапія з третім клієнтським випадком, чоловіком віком 37 років також почалась з виявлення проблеми і запиту. Чоловік розповів про свою хворобу, він вважав, що тепер не зможе нормально жити і звичайні «людські радості» йому більше недоступні.

На другому сеансі чоловік розповів, що його бабуся також хворіла на діабет, і дуже рано пішла з життя, при цьому перенісши ампутацію ноги. Саме це лякало чоловіка, що тепер безмежна кількість проблем буде спіткати його до кінця життя.

На третьому сеансі стало зрозуміло, що чоловік давно замкнувся – перестав спілкуватись з друзями, родичами, майже не відвідував роботу. Він

був пригнічений і розповідав про те, як все було добре в житті до того, як виявились ця хвороба.

На четвертому сеансі чоловік був збентежений – він розповідав, що ходив до лікаря і все «не дуже добре». Однак на цьому сеансі було помітно, що чоловік став більш спокійним, агресія і ненависть до всього світу вже не спостерагалися.

На п'ятому сеансі клієнт розказав, що у лікарні познайомився з іншими людьми, які хворіють діабет, вони довго розмовляли і ділилися історіями. Клієнта трохи здивувало, як ці люди мали такий гарний настрій і чому не були пригнічені, як і він.

На шостому сеансі чоловік поділився тим, що почав більше спілкуватись з тими знайомими з лікарні – серед них була і жінка, яка йому дуже сподобалась. За словами клієнта, «ці люди дали змогу зрозуміти, що діабет – це не вирок.

На сьомому, восьмому і дев'ятому сеансі клієнт багато мріяв про майбутнє. Він повернувся на роботу з новими силами, і працює. Суворо спостерігає за рівнем цукру, дієтою і препаратами. І переконаний в тому, що його почуття і життя залежить тільки від нього. Став ближче спілкуватись з тією жінкою, з якою познайомився, за словами чоловіка, вона надає йому сил триматись і жити.

На десятому сеансі клієнт розповів, що його життя майже повернулось в колишнє русло. «Я емоційно відчуваюсь так само добре, як і до виявлення хвороби. Крім того, що мені доводиться слідкувати за дієтою, мене нічого не турбує».

На одинадцятому і дванадцятому сеансі чоловік багато розповідав про своє теперішнє життя і думав про майбутнє – він збирається одружитись, переживання за власне життя знизилось до минулого рівня. Клієнт розказав, що його кохана дуже смачно готує дієтичну їжу. «Можна їсти корисну їжу, і це, виявляється може бути дуже смачно».

Четвертий клієнтський випадок – жінка, віком 47 років. Перші три сеанси жінка не могла сконцентруватись, розповідала різні історії свого життя, в більшій мірі негативні, не зв'язуючи їх в якусь єдину картину. Як виявилось, клієнтка страждає від фізичного насилля в сім'ї і не знає, що робити далі. Вона описувала якісь позитивні моменти, намагалась показати, що її чоловік дуже хороший і чуйний. Після чого розказувала про сцени побиття. Здавалося, що вона описує двох різних людей.

Четверта сесія розпочалась сумно. Жінка розказала, що чоловік зламав їй два ребра і їй дуже боляче навіть сидіти. Також клієнтка розповіла, що подала документи на розлучення і що збирається розпочати нове життя.

На п'ятій сесії жінка почувалася дещо краще. Вона запевняла, що розлучення – це єдиний шлях в нормальне життя. І що дана думка – це краще, що приходило їй на розум за останній час. Загалом, здалося, що жінка стала більш впевненою в своїх рушення і діях.

На шостій сесії жінка розказала, що її чоловік дуже негативно поставився до звістки розлучення, однак на її здивування, не побив і не лаявся. Через декілька днів, після того, як дізнався про рішення дружини, почав відмовляти їй і запевняти, що більше не буде застосовувати фізичну силу. Жінка не піддалась на дану провокацію і продовжує готуватись до нового життя.

На сьомій сесії жінка розповіла, що переїхала до своїх батьків – допомагає їм по господарству і відчувається набагато краще. Клієнтка постійно зайнята якимись справами і не має часу, щоб думати про минуле.

На восьмій сесії клієнтка розповіла, що влаштувалась на роботу – продавцем в магазин сиру. Робота їй подобається – жінка багато спілкується з іншими людьми, з покупцями і це відволікає її від негативних думок.

Дев'ята, десята і одинадцята сесія пройшли без значних змін – жінка офіційно розлучилась з чоловіком і стала більше приділяти уваги собі – піклуватись про своє здоров'я, батьків і господарство. Помітила позитивні

зміни в собі і своєму житті. Зрозуміла, що головна сила людини – в її думках і цілях.

Дванадцята сесія. Клієнтка залишилась задоволеною терапією, відмітила позитивні зміни в звичках і характері – стала більше мріяти і менше поринати в негативне минуле. Стала менш дратівливою та тривожною. Покращився сон і апетит.

П'ятий клієнтський випадок – чоловік віком 22 роки. На першій сесії встановили запит на терапію. Клієнт поділився своїми проблемами. Він відчував себе досить невпевнено і боявся сказати щось зайве.

На другій сесії чоловік здався дуже засмученим. Батьки вважають, що він ні на що не здатен і нічого не зможе добитися в житті. Чоловік хотів би стати кухарем в ресторані чи кафе, оскільки готувати смачну їжу – це його пристрасть, тому вважає за непотрібне витратити зусилля, гроші і час на «диплом математика».

На третій сесії чоловік поділився, що знайшов гарну вакансію в ресторані неподалік від його дому. Там готові взяти його на стажування без досвіду роботи. Клієнт був дуже радісний, але в той же час, згадуючи своїх батьків, становився сумним.

На четвертій сесії чоловік розказав, що забрав документи з університету і домовився з батьками, що влаштується на роботу і буде допомагати сім'ї грошима. Батьки погодились і чоловік пішов на стажування.

На п'ятій сесії чоловік розказав, що йому дуже подобається працювати на кухні і він вже отримав першу заробітну плату. Однак клієнт згадує університет і говорить, що йому не вистачає цих веселих днів з однокурсниками.

На шостій, сьомій, восьмій сесій все йшло без значних змін. Чоловік працював, на роботі йому замовили власну іменну форму, і це його дуже замотивувало. З батьками особливих складнощів не виникало, однак інколи вони все одно починають дорікати.

На дев'ятій сесії клієнт розповів, що в нього був день народження. На роботі йому подарували дуже дорогий набір ножів, а батьки декілька книг з кулінарії.

На десятій сесії чоловік відзначив, що став більш впевнений у собі. Налагодились відношення з батьками – вони задоволені тим, що клієнт готує дуже смачні вечері на вихідних, навчився обирати якісні і недорогі продукти в магазинах, і навіть приносить «щось смачненьке» з роботи.

На одинадцятій сесії клієнт розповів, що налагодив стосунки з друзями і однокурсниками – продовжує підтримувати з ними зв'язок. Клієнт дав зрозуміти, що його пристрасть у готування їжі. Цькування припинилися.

На дванадцятій сесії клієнт сказав, що терапія дуже допомогла йому налагодити всі думки в голові – все розкласти по полицям. Він чітко тепер розумів, що він хоче від життя, і які його цілі на найближче майбутнє.

Отже, на останньому сеансі всі клієнти почувались добре, були в гарному гуморі і з впевненістю говорили про своє майбутнє. Їм було запропоновано пройти тестування повторно, на що вони погодились.

Індекс життєвої задоволеності клієнтів склав 34, 32, 30, 29 та 30 балів відповідно (табл. 2.4), що більше минулих значень на 37,5 %, 82 %, 33 %, 74 % та 69 % відповідно.

Таблиця 2.4

Результати оцінювання індексу життєвої задоволеності та окремих показників. Дванадцята сесія

Показники	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Інтерес до життя (0-8 балів)	7	7	8	5	4
Послідовність у досягненні цілей (0-8 балів)	6	6	5	7	7

Продовження таблиці 2.4

Узгодженість між поставленими та досягнутими цілями (0-8 балів)	7	7	7	5	4
Позитивна оцінка себе та власних вчинків (0-8 балів)	7	6	5	5	8
Загальний настрій (0-8 балів)	7	6	5	7	7
Загальний показник (0-40 балів)	34 (+37,5%)	32 (+82%)	30 (+33%)	29 (+74%)	30 (+69%)

Для наочності, було розраховано середні значення показників на 1 і 12 сесії. Результати представлені в таблиці 2.5. та на рис. 2.1.

Таблиця 2.5

Усереднені показники індекса життєвої задоволеності клієнтів.**Порівняння першої та останньої сесії**

Показники	1 сесія	12 сесія
Інтерес до життя	3	6,2
Послідовність у досягненні цілей	4,2	6,2
Узгодженість між поставленими та досягнутими цілями	2,4	6
Позитивна оцінка себе та власних вчинків	3,4	6,2

Загальний настрій	2,6	6,4
Загальний показник	15,6	31

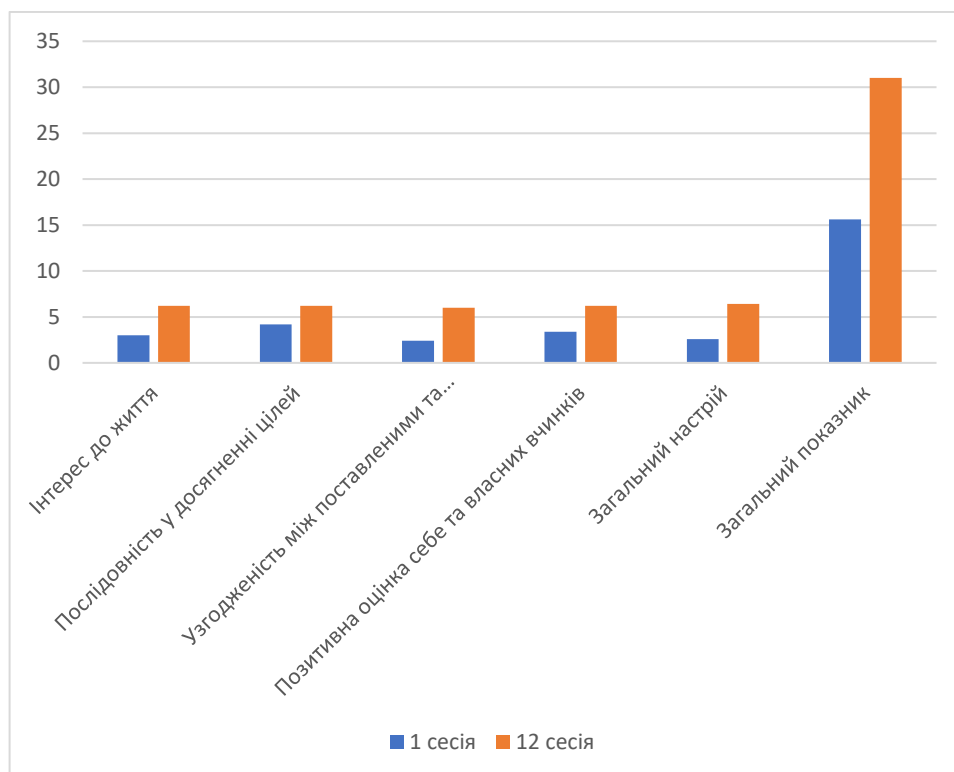


Рис. 2.1. «Усереднені показники індекса життєвої задоволеності клієнтів. Порівняння першої та останньої сесії.»

Найбільший приріст балів у клієнтів відбувся за показниками «загальний настрій», «узгодженість між поставленими та досягнутими цілями» та «інтерес до життя», а найменший – за показниками «послідовність у досягненні цілей» та «позитивна оцінка себе і власних вчинків».

Опитувальник за шкалою проявів тривоги, виявив зниження даного показника у всіх клієнтів (табл. 2.6) на 34%, 42%, 24%, 45% та 32% відповідно. Для наочності результати представлені на рис. 2.2.

Результати оцінювання рівня тривоги. Дванадцята сесія

	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Прояви тривоги (0-40 балів)	17 (-34%)	19 (-42%)	22 (-24%)	17 (-45%)	23 (-32 %)

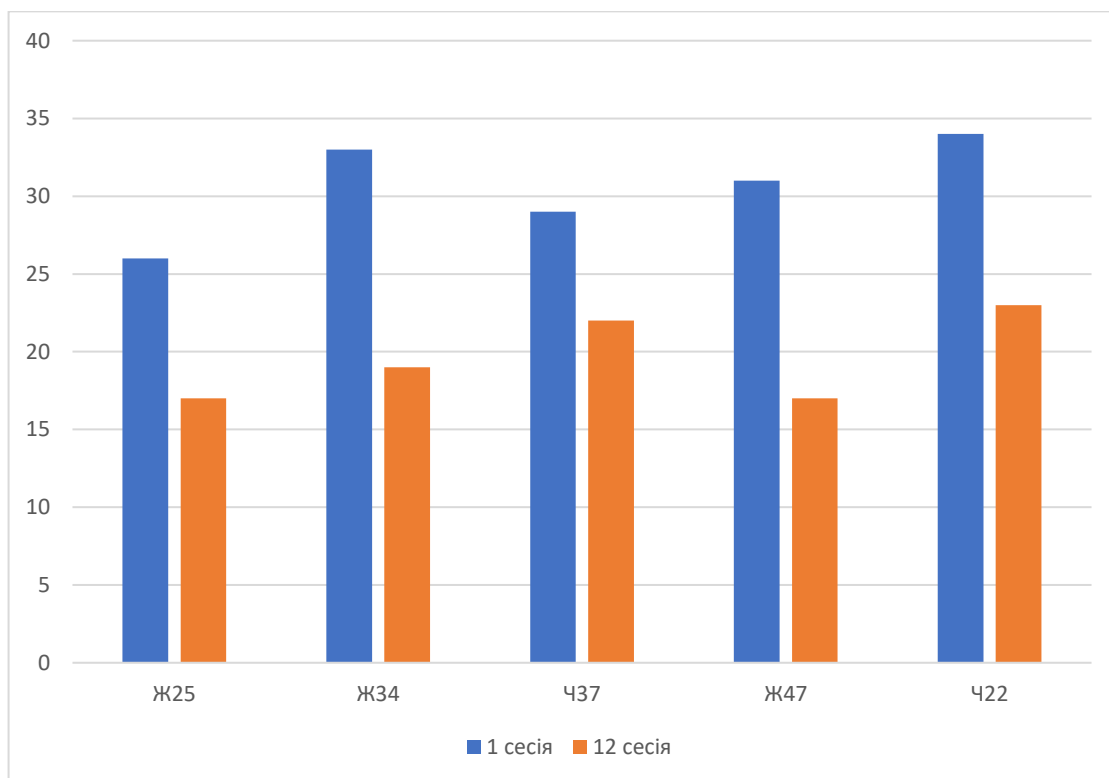


Рис. 2.2. «Показники рівня тривожності клієнтів на першій і останній сесії»

Результати оцінювання особистісних станів клієнтів на останній сесії представлені в табл. 2.7. Загальний показник знизився до 28, 25, 29, 23 та 28 балів відповідно, що нижче попередніх станів на 42%, 47%, 45%, 46% та 46% відповідно.

Таблиця 2.7

Результати оцінювання особистісних станів. Дванадцята сесія

Показники	Ж25	Ж34	Ч37	Ж47	Ч22
Самотність (0-8 балів)	5	3	2	4	3
Відчуття безглуздості існування (0-8 балів)	3	1	5	2	3
Свобода вибору (0-8 балів)	3	5	2	2	1
Статевий конфлікт (0-8 балів)	2	2	4	2	3
Ворожий настрій (0-8 балів)	2	2	3	3	2
Розбіжність між реальним та ідеальним «Я» (0-8 балів)	4	3	4	1	3
Свобода волі (0-8 балів)	2	3	5	4	4
Безнадійність (0-8 балів)	3	3	3	3	5
Почуття неприкаяності (0-8 балів)	4	3	1	2	4
Загальний показник (0-72 балів)	28 (-42%)	25 (-47%)	29 (-45%)	23 (-46%)	28 (-46%)

Найбільший негативний приріст у клієнтів відбувся за показниками «Відчуття безглуздості існування», «Розбіжність між реальним та ідеальним «Я» та «Свобода волі». А найменший за показниками «Статевий конфлікт», «Ворожий настрій» та «Свобода вибору».

Для наочності, було розраховано середні значення показників на 1 і 12 сесії. Результати представлені в табл. 2.8. та на рис. 2.3.

Таблиця 2.8

Усереднені показники особистісних станів клієнтів. Порівняння першої та останньої сесії

Показники	1 сесія	12 сесія
Самотність	5,6	3,4
Відчуття безглуздості існування	5,8	2,8
Свобода вибору	4,6	2,6
Статевий конфлікт	3,8	2,6
Ворожий настрій	3,8	2,4
Розбіжність між реальним та ідеальним «Я»	6,6	3
Свобода волі	6,6	3,6
Безнадійність	6,2	3,4
Почуття неприкаяності	5,6	2,8
Загальний показник	48,6	26,6

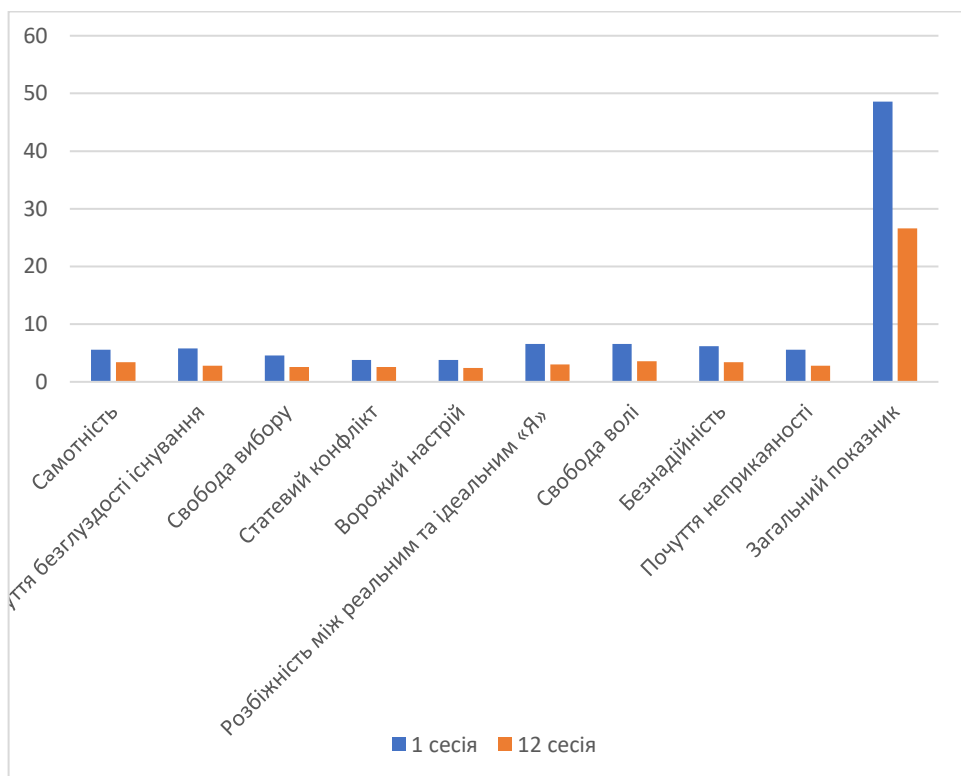


Рис. 2.3. «Усереднені показники особистісних станів клієнтів. Порівняння першої та останньої сесії.»

Для оцінки ефективності наративної терапії використовували t-критерій Стьюдента. Розрахунок за допомогою програми Excel дозволив встановити, що враховуючи незалежність вибірок, t-критерій дорівнює $t = 1,8e-10$, при $p=0,05$ можна говорити про достовірність ефективності наративної терапії в проведеній роботі з клієнтами.

Висновки до розділу 2

Дослідження ефективності наративної терапії відбувалось в ході незалежної роботи з п'ятьма клієнтами: 3 жінки віком 25, 34 та 47 років; і 2 чоловіка, віком 37 та 22 роки. Клієнти звернулись із різними скаргами, але всі вони перебували у кризовій життєвій ситуації під дією сильного стресу.

Робота з клієнтами тривала по 12 сесій, і мала вигляд наративної терапії. В кінці першої сесії і в кінці останньої клієнтам було запропоновано пройти тестування на дослідження індексу життєвої задоволеності (Нойгартен А.), рівня тривожності (Тейлор Дж.) та психічних станів особистості (Джерсайлд А.).

Індекс життєвої задоволеності клієнтів склав 34, 32, 30, 29 та 30 балів відповідно, що більше минулих значень на 37,5 %, 82 %, 33 %, 74 % та 69 % відповідно.

Найбільший приріст балів у клієнтів відбувся за показниками «загальний настрій», «узгодженість між поставленими та досягнутими цілями» та «інтерес до життя», а найменший – за показниками «послідовність у досягненні цілей» та «позитивна оцінка себе і власних вчинків».

Опитувальник за шкалою проявів тривоги, виявив зниження даного показника у всіх клієнтів на 34%, 42%, 24%, 45% та 32% відповідно.

Загальний показник особистісних станів знизився до 28, 25, 29, 23 та 28 балів відповідно, що нижче попередніх станів на 42%, 47%, 45%, 46% та 46% відповідно.

Найбільший негативний приріст у клієнтів відбувся за показниками «Відчуття безглуздості існування», «Розбіжність між реальним та ідеальним

«Я» та «Свобода волі». А найменший за показниками «Статевий конфлікт», «Ворожий настрій» та «Свобода вибору».

Для оцінки ефективності наративної терапії використовували t-критерій Стюдента. Розрахунок за допомогою програми Excel дозволив встановити, що враховуючи незалежність вибірок, t-критерій дорівнює $t = 1,8e-10$, при $p=0,05$ можна говорити про достовірність ефективності наративної терапії в проведеній роботі з клієнтами.

РОЗДІЛ 3.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПСИХОЛОГАМ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ НАРАТИВНОГО ПІДХОДУ ПРИ РОБОТІ З КЛІЄНТАМИ В КРИЗОВИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ

3.1. Основні техніки підвищення ефективності нарративної терапії при роботі з клієнтами в кризових життєвих ситуаціях

Можна виділити чотири основні положення нарративної теорії [74]:

- 1) у людей добрі наміри — вони не шукають проблем і не потребують їх;
- 2) люди зазнають сильного впливу домінуючих дискурсів;
- 3) люди не тотожні своїм проблемам;
- 4) люди здатні конструювати альтернативні розповіді, відмовившись від загальноприйнятих поглядів, які вони інтерналізували. На цих положеннях ґрунтується практика нарративної психотерапії.

Фахівці, які використовують нарративну терапію, керуються спеціальними техніками, що сприяють підвищенню її ефективності. Терміном «техніка» позначають сукупність прийомів та засобів, спрямованих на чітку та ефективну організацію будь-якої діяльності. Серед основних технік нарративної терапії виділяють деконструкцію, або аналіз домінуючих дискурсів; екстерналізуючу бесіду (екстерналізація); виявлення унікальних епізодів; листування провідного терапевтичного процесу з учасником та ін. Процес роботи з клієнтом має такий алгоритм:

1. Вислуховування історії клієнта;
2. Виявлення проблемної, домінуючої історії, екстерналізація проблеми, називання (присвоєння імені) проблеми;
3. Деконструкція проблемної історії;
4. Виявлення унікальних епізодів і початок альтернативної історії;
5. Перейменування проблеми; називання альтернативної історії (як в ній вирішується проблема);

6. Ущільнення альтернативної історії;
7. Обговорення майбутнього в світлі нової історії (без проблем);
8. Виявлення якостей (ресурсів) клієнта, що сприяють підтримці нових відносин (реальності) в сьогоденні та майбутньому.

Деконструкція – це заперечення чи викриття основних припущень. Досягнути цього можна за допомогою деконструктивного вислуховування, необхідного для прийняття та розуміння історій людей без конкретизації та посилення важких оповідань [76].

Деконструктивні питання допомагають людям «розпакувати» свої історії або побачити їх під іншим кутом зору так, щоб стало очевидним те, як вони сконструйовані [37].

У кожній культурі існують домінуючі уявлення про реальність – дискурси, які впливають на життя будь-якого представника цієї культури [22]. Вони є системою слів, дій, правил, переконань, спільних цінностей, вони задають світогляд людини. Дискурс – це сукупність особливим чином оформленої мовної діяльності про що-небудь (наприклад, дискурс про важку життєву ситуацію – сукупність мовної діяльності про важку життєву ситуацію).

Як правило, дискурс є неусвідомленим, при цьому він постійно та активно впливає на життя людини, визначаючи її систему координат [22]. Завдання наративної терапії тут – «перемістити» проблему зі сфери особистості у сферу соціальних дискурсів, отже, у сферу, розташовану «поза» людини, запропонувавши на неї інший погляд.

У розмові відбувається розгляд проблеми у різних контекстах, що допомагає людям розкрити домінуючі історії, подивитися на них з нових точок зору та побачити, як вони були сконструйовані.

Деконструкція може призвести до відмови від знайомих ідей і відкриття простору для альтернативних історій, які допомагають людям вийти з-під влади негативних ситуацій і відновити зв'язки зі своїми власними ідеями, думками і способами життя.

Екстерналізуюча розмова (екстерналізація) побудована на ідеї про те, що у процесі консультування клієнти з допомогою професійних ярликів і діагнозів поміщаються «всередину проблеми» і стають невіддільні від них. Під час екстерналізуючої розмови можна «відокремити» людину від проблеми, представивши її окремим персонажем. Це може бути перший крок до виходу зі скрутною ситуації [60, 82].

Екстерналізація дозволяє людині відчути більший контроль над власним життям, а проблему почати сприймати як зовнішнє джерело труднощів, яке можна усунути. Екстерналізація проблеми – це лінгвістична практика, що допомагає людям відокремити себе від проблем (тобто відокремити себе від проблемних історій). Екстерналізація здійснюється за допомогою екстерналізуючої бесіди, яка складається в основному з питань, спрямованих відповідно на різні етапи екстерналізації (відділення проблеми, зміна відносин із нею тощо) [36, 88].

Діючим моментом в екстерналізуючій розмові є побудова фраз фахівцем. Наприклад, у відповідь на репліку клієнта «Я депресивна людина, мені не хочеться нічого робити або виходити будь-куди», психолог може відповісти: «Тобто депресія заважає вам виходити «в люди» і бути активною?». Він уважно слухає клієнта, помічаючи, якими саме словами той описує проблему та свої стосунки з нею. Потім використовує ці слова, ставлячи запитання та перефразовуючи те, що сказала людина, таким чином, щоб проблема перемістилася назовні. І так поступово відбувається трансформація бесіди з інтерналізуючої (бесіда, в якій людина ототожнює себе з проблемою) в екстерналізуючу.

Іноді психолог чи психотерапевт може використати процедуру персоніфікації проблеми – їй приписується ім'я. Діти та дорослі мають можливість намалювати проблему, і це допомагає їм відокремитися від неї. Один із суттєвих моментів у використанні наративної терапії в тому, що опис проблеми та ім'я для неї повинні виходити від клієнта.

Відмінності між інтерналізуючою та екстерналізуючою бесідами

В інтерналізуючій бесіді	В екстерналізуючій бесіді
Проблеми локалізуються у людині	Про проблему йдеться як про щось зовнішнє по відношенню до людини, що створює простір для обговорення взаємин людини з цією проблемою
Ведуться пошуки того, що з людиною «не так» чи чого їй не вистачає	Проблеми поміщаються у зовнішній стосовно людини або її ідентичності контекст
Дії, вчинки людини розглядаються як видимі прояви її глибинного «Я»	Дії розглядаються як події, ув'язані у послідовності на певних проміжках часу відповідно до деяких сюжетів.
Поведінка та проблеми пояснюються на основі думки інших людей	Людам пропонується розпізнати, які смисли та пояснення вони самі приписують подіям їхнього життя
Описи, що використовуються, прагнуть представити людину і її ідентичність як щось цілісне і закінчене, залишаючи мало простору для інших описів ідентичності	Відкривається простір для створення множинних описів ідентичності
Соціальні практики, що підтримують проблему, залишаються поза сферою обговорення	Створюються умови для того, щоб соціальні практики, що підтримують та живлять існування проблеми, стали добре помітні та доступні для обговорення

Продовження таблиці 3.1

Така бесіда веде до обмежених, жорстких висновків щодо життя, власне людини, її відносин.	Приводить до багатих, насичених описів різних способів життя та стосунків
Досліджуються внутрішні впливи, що відбуваються в людях, які звернулися за допомогою	Досліджуються культурні та соціополітичні впливи на життя людей, які звернулися за допомогою
Така розмова призводить до класифікації людей у термінах ступеня та характеру їхньої відмінності від «норми». Для того, щоб описати людський досвід чи проблеми, винаходять спеціальні терміни	Відмінності та різноманітність вітаються, а ідеї «норми» піддаються сумніву. Відмінності приймаються, а дискримінаційні практики промовляються, робляться видимими та доступними для обговорення
Проблеми розуміються як «частини людей та їх ідентичностей». Отже, розмова організується навколо пошуку шляхів життя із наслідками певної проблеми	Фахівець обговорює з людьми можливі зміни у їхніх стосунках із проблемою
Люди, які, як вважається, знаходяться поза сферою впливу цієї проблеми, розглядаються як експерти	Люди самі експерти у своїх життях та стосунках з оточуючими
Як агенти зміни виступають створювані іншими стратегії, які, як передбачається, повинні «виправити» проблему	Зміни відбуваються на основі співробітництва та породжуються у цій співпраці. У процесі розмови виявляються компетенції та знання людини, які вже є

Часто включає широке обговорення проблеми та пов'язаних з нею нюансів	Ведуться пошуки альтернативних описів та історій, що знаходяться за межами проблемного опису
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Екстерналізована проблема може бути в різних формах. Це можуть бути почуття – тривога, вина, страх тощо; аспекти відносин – боротьба, сварки, взаємні звинувачення тощо; культурні та соціальні практики – приписування вини матері, батькам, жінці та ін.; метафори, в яких люди часто говорять про проблеми — «стіна нерозуміння», «хвилі розпачу», «зачинені двері, за якими причаївся жах» та ін.

Буває, що під час бесіди екстерналізуються кілька проблем. У цьому випадку фахівець може перерахувати імена цих проблем та попросити клієнта встановити пріоритети. Слід виявити зв'язок між цими проблемами. Під час бесіди психолог постійно повинен перевіряти ще раз правильність свого розуміння і враховувати ширші контексти існування проблеми. Вибране без урахування контексту ім'я проблеми може підтримувати її.

Пропонується використовувати такі рекомендації щодо екстерналізації проблеми:

- уважно слухати слова клієнта («Я почуваюся винним», прикметник перекласти в іменник: «Як вина впливає на ваші почуття?»);
- якщо клієнт називає кілька проблем, уточнити про яку проблему важливіше поговорити зараз;
- екстерналізація – це лінгвістична вправа; важливо перекладати дієслова, прикметники (дії або описи) клієнта в іменники (об'єкт): депресивний – депресія, б'ємося – бійки, неспокійно – занепокоєння тощо;
- використовувати метафори та описи проблеми, близькі до досвіду клієнта (говорити «мовою людини»: «Незнайка», «Чорна хмара депресії»); проблема може називатися «Ця проблема», «Вона» та ін. Найменування

проблеми дуже важливе. Можна малювати, ліпити, зображати проблему у різних матеріалах.

Іншою технікою наративної терапії є «виявлення унікального епізоду позитивного вирішення проблеми». Важливою складовою для народження нової історії життя може бути подія, що не вписується в «домінуючу історію», якісь оригінальні інтерпретації подій, зроблені самою людиною або оточуючими.

Фрідман Дж. та Комбс Дж. Помічають: «Щойно люди починають заселяти і переживати ці альтернативні історії результати виходять за межі вирішення проблем. У рамках нових історій люди можуть переживати нове уявлення про себе, нові можливості у взаєминах та нове майбутнє. У будь-якому житті завжди більше подій, які не здобуваються історії, ніж тих, яким пощастило. Навіть у найдовших і розгорнутих автобіографіях поза ними залишається більше, ніж у яких включено. Це означає, що коли життєві наративи несуть хворобливі сенси або пропонують, як здається, несприятливий вибір, вони можуть бути змінені шляхом виявлення інших подій, що раніше не помішані в історію, або вилучення нового сенсу з подій, що вже отримали свою історію, що дозволяє конструювати нові наративи».

Виявлення унікального епізоду починається зі спогаду про випадок, коли клієнт зміг або контролювати свій стан, або впорався самостійно з труднощами та ін. про те, як він справлявся зі схожою ситуацією, чи запозичити досвід конструктивного вирішення проблеми. Унікальними епізодами є те, що не вписується в проблемно-насичену історію і не підтримує проблему. До них можуть належати наміри, плани, дії, заяви (висловлювання), переконання, якості, бажання, мрії, думки, погляди, здібності, рішення та ін. Ці події можна виявити в минулому, теперішньому та майбутньому.

Коли психолог та клієнти знайдуть 3-5 унікальних епізодів, осмислять їх і новий сюжет, альтернативна історія постане більш насиченою у плані керівництва до дій. Фахівець може звернути увагу, що у розповіді перевага надається рішенням, прийнятим дітьми чи батьками, їх здібностям, вмінням

знаходити вихід із важкої життєвої ситуації. Розгляд цих ресурсів допомагає клієнтам відновити зв'язок з їхніми надіями, мріями та ідеями, що, у свою чергу, позитивно вплине на їхню поведінку в майбутньому. У ході даного етапу людей розпитують про те, наскільки історія, що виникає, відповідає їх життєвим перевагам.

Важливий аспект наративної терапії у роботі – дослідження та прояв деталей унікальних епізодів. Виявивши якусь подію, думку, почуття, що перебуває у проблемно-насиченій історії, фахівець має зібрати про це якнайбільше фактів. Починати розмову краще із запитань: «Хто», «Що», «Коли», «Де»? Таким чином відбувається накопичення знань про унікальний епізод. Запитання такого виду досліджують так званий «ландшафт дії». Фахівець із наративної терапії М. Уайт зазначає: «Ландшафт дії складається з подій, пов'язаних у часі відповідно до певного сюжету. Він дає елементарну структуру історій. Якщо ми викинемо один із вимірів – чи то досвід подій, їх зв'язку чи послідовності, час чи сюжет – не буде історії. Усі разом події утворюють ландшафт дії» [35].

Запитання можуть стосуватися будь-яких подій, які призвели до унікального епізоду, наприклад, тих, які наслідували унікальний досвід або мали місце у віддаленому минулому, але можуть бути з ним пов'язані. Дослідження смислів унікального епізоду – це наступний аспект у практиці психолога на даному етапі. У такому дослідженні виявляється значення унікальних епізодів, які можуть виявлятися в бажаннях, переконаннях, планах, рішеннях, здібностях, цілях та ін. Питання, що задаються, називаються питаннями ландшафту ідентичності (він же ландшафт смислів, або ландшафт свідомості).

М. Уайт вважає, що «коли люди говорять про певні події, вони також повідомляють про свої погляди з приводу того, як ці події відображають характери, мотиви бажання різних людей, які належать до їхньої «соціальної групи». Таким чином, ландшафт ідентичності, або сенсів, містить

інтерпретації, що виникають в результаті рефлексії щодо подій, що розгортаються на ландшафті дії [35].

Приклади питань, спрямованих на вивчення ландшафту впливу наведені в додатку Г.

Рекомендується постаратися виявити на першому сеансі один унікальний епізод, але не привертати до нього надто великої уваги. На наступних зустрічах можна приділити більше часу дослідженню значення унікальних епізодів, завжди намагаючись прислухатися до клієнта.

Важливою технікою наративної терапії вважають листування провідного терапевтичного процесу з учасником. Ця техніка відображає професійний, ретельно продуманий, індивідуальний вплив спеціаліста та вербальний самовираження клієнта. У консультативній практиці цей вид діяльності отримав назву «скриботерапія» (від лат. scribio – лист, писати; therapia – лікування). Його перевага у тому, що письмове слово зберігається і закріплюється, тоді як усне, сказане під час розмови, може забуватись.

Фахівець із наративної терапії Девід Епстон використав написання важливих слів з метою поширення терапевтичної бесіди за межі сеансу наративної терапії. Ці листи часто висловлюють розуміння переживань клієнта, містять короткий виклад нової розповіді та переконаність психолога у здібності клієнта до подальших успіхів на шляху досягнутого прогресу.

Методу психотерапевтичного листа присвячені роботи, які відзначають лікувальні механізми методики листа спеціаліста до клієнта. Сприятлива дія пояснюється самим фактом читання листа. Його можна читати самотньо і не поспішаючи перечитувати, вдумуючись у сенс окремих фраз і виразів. Почерки ведучого та учасника виражають індивідуальні особливості кожного, тим самим збагачуючи особистісне спілкування [43].

Лист – це не тільки аркуш паперу, а й конверт із маркою. З'являється можливість не тільки текстом, а й вибором марки, картинки на конверті повніше висловити себе, внести додатковий сенс у своє розуміння життєвої ситуації людини чи символічно нагадати їй щось важливе, що вже йшлося.

Терапевтична сила письма збільшується, якщо в нього вкладаються фотознімки, співзвучні листівки, репродукції, які повідомляють про щось суттєве для обох співрозмовників у формі невербального діалогу.

В рамках наративного підходу існує безліч різних напрямків. Вони різняться і теоретичними підставами, і методами збору даних, і, звісно, методами аналізу. Не всі відгалуження наративного аналізу відносяться до соціального конструкціонізму і поділяють його переконання [67].

До наративного підходу відносить себе теорія позиціонування Р. Харре, що вивчає способи, якими оповідач у взаємодії з аудиторією займає суб'єктну позицію [66]. Як зазначила К. Ріссман, дослідники можуть врешті-решт потонути в морі транскриптів, тому що майже нічого не говориться про те, як аналізувати оповідання [53]. Найширше поле наративних досліджень викликає численні спроби систематизувати різноманітні підходи [79, 81].

Одна з показових класифікацій належить К. Ріссман, яка пропонує розділити все різноманіття дослідницьких стратегій на чотири великі групи [83]:

- Тематичний аналіз;
- Структурний аналіз;
- Інтеракційний аналіз;
- Перформативний аналіз.

У тематичному аналізі акцент робиться на змісті наративу. Референціальне розуміння мови: мова – вікно у світ смислів суб'єкта. Як правило, йдеться про порівняння великих кількостей різних наративних текстів та побудову типології на основі виявлених подібностей та відмінностей. Аналіз формальних властивостей наративу при цьому не виробляється, ігноруються і комунікативні аспекти процесу нарації. Мова є ресурсом, а не об'єктом вивчення. Широкі соціокультурні контексти висловлювання, зазвичай, не розглядаються [90].

На відміну від тематичного підходу, у структурному аналізі серйозно розглядається мова за її референційним змістом. Такий підхід веде історію з

перших робіт У. Лабова та Дж. Валецького, що виділили основні компоненти структури наративу: теза (короткий виклад, резюме наративу), орієнтацію (час, місце, ситуація, дійові особи), послідовність подій, оцінку (значимість і сенс дії, ставлення оповідача до цієї дії), резолюцію (що траплялося зрештою) та коду (у який оповідач повертається нині) [70].

До структурного підходу належать і дослідження наративу на мікрорівні, що дозволяє аналізувати синтаксичні та просодичні особливості бесіди. У цьому випадку дослідник складає докладну транскрипцію розмови, з діленням на клаузи, зазначенням просодичних особливостей та ін. На думку Ріссмана, дослідники повинні вирішити, залежно від проекту, наскільки докладні транскрипції необхідні. Існує небезпека того, що витримки інтерв'ю можуть стати нечитаними для тих, хто не знайомий із соціолінгвістикою, ставлячи під загрозу комунікацію крізь дисциплінарні межі [83].

Як і тематичний підхід, суворе застосування структурного підходу може деконтекстуалізувати наративи та ігнорує інтеракційні фактори.

Під час інтеракційного аналізу, увага дослідника зосереджена на процесі діалогу між оповідачем та слухачем. Як правило, це аналіз розмов медичного, соціального обслуговування, судові провадження та інші ситуації діалогу в повсякденному житті. Увага до тематичного змісту та оповідальної структури не відкидається, але інтерес зрушується у бік оповідання як процесу спільного конструювання, в якому оповідач та слухач створюють сенс разом [41].

Особистий наратив, організований навколо життєвого світу оповідача, виникає, таким чином, у процесі питань та отримання відповідей. Підхід вимагає транскриптів, які включають всіх учасників розмови, а також отримує додаткові можливості, якщо враховуються паралінгвістичні особливості взаємодії. Мова розглядається у всій її складності, а не просто як репрезентацію змісту. Цей метод близький до конверсаційного аналізу (предметом тут, однак, слугують саме наративи) і відрізняється складністю кодування транскриптів [52].

У перформативному аналізі розповідь історії представляється як перформанс «Я», яке «захоплює» аудиторію. Дослідники наративів можуть аналізувати різні функції: «Я» як актора власного наративу (наприклад, персонажі та їх позиціонування в історії, у тому числі оповідача/героя); діалог між героями (непряма мова); реакція аудиторії (слухач, який інтерпретує драми, та інтерпретатор у читанні).

Підхід можна розглядати як розширення інтеракційного аналізу, оскільки його основне завдання – зрозуміти як «Я» залучає аудиторію до «створення» своєї ідентичності [71].

Одним із загальних елементів наративного дослідження є те, що дані (розшифровані стенограми) розбиваються на шматки, кодуються та інтерпретуються дослідником, який у процесі аналізу вплітає почуту історію у ширший контекст. майже всі якісні дослідження відмовляються від традиційних для позитивістської науки критеріїв оцінки результатів дослідження. На зміну валідності, надійності та об'єктивності приходять критерії правдоподібності, трансферентності та обґрунтованості.

Існує низка процедур, спрямованих на верифікацію даних. Найчастіше використовується процедура тріангуляції, що передбачає перехресну інтерпретацію фрагмента тексту трьома дослідниками або використання кількох джерел даних (наприклад, інтерв'ю, спостереження, аналіз документів). Також вдаються до процедури зовнішнього аудиту, коли незалежний консультант аналізує процес дослідження та його результати.

3.2. Поради для практичного застосування наративних технік та вправ в роботі з клієнтами у кризових життєвих ситуаціях

В пункті 3.1. було розглянуто основні техніки наративної терапії (деконструкція, екстерналізація і т.д.). Проаналізуємо їх більш детально в контексті саме практичного застосування.

У терапевта або іншого спеціаліста із психологічного здоров'я, робота в наративній терапії полягає в тому, щоб допомогти клієнтові знайти свій голос

і розповісти власну історію своїми словами. Відповідно до філософії, що лежить в основі нарративної терапії, розповідь – це те, як ми надаємо значення та знаходимо мету у своєму власному досвіді.

Стендіш К. зазначає, що «допомога клієнту розвинути його історію дає йому можливість відкрити сенс, знайти зцілення та встановити чи відновити ідентичність, що є невід’ємними факторами успіху в терапії» [86].

Ця техніка також відома як «повторне авторство» або «повторне створення історії», оскільки клієнти вивчають свій досвід, щоб внести зміни до своєї історії або створити цілком нову. Одні й ті самі події можуть розповісти сотні різних історій, оскільки всі ми по-різному інтерпретуємо досвід і знаходимо в ньому різний сенс.

Техніка екстерналізації веде клієнта до розгляду своїх проблем або поведінки як зовнішньої, а не як незмінної частини себе. Це техніка, яку легше описати, ніж прийняти, але вона може мати величезний позитивний вплив на самоідентичність і впевненість.

Загальна ідея цієї техніки полягає в тому, що легше змінити поведінку, ніж змінити основну характеристику своєї особистості. Наприклад, якщо особистість швидко гнівається або вважає себе злою людиною, тоді вона повинна кардинально змінити щось у собі, щоб вирішити проблему; однак, якщо це людина, яка діє агресивно та легко гнівається, то потрібно змінити ситуації та поведінку, пов’язані з проблемою.

На думку Бішопа В. «Відмінність може здаватись незначною, але існує глибока різниця між мисленням того, хто називає себе «проблемною» людиною, і того, хто веде проблемну поведінку» [55].

Спочатку клієнту може бути складно сприйняти цю дивну ідею. Першим кроком є заохочення клієнта не надавати надто великого значення своїй проблемі чи ярликам, які вони самі присвоюють. Необхідно дати їм зрозуміти, наскільки це може бути корисним – відокремитися від своїх проблем і дозволити собі більший ступінь контролю над своєю ідентичністю.

Техніка деконструкції стосується зменшення проблем, які відчуває клієнт, що полегшує розуміння «цілісної картини». Наші проблеми можуть здаватися непосильними, заплутаними або нерозв'язними, але вони ніколи не бувають такими насправді. Деконструкція робить проблему більш конкретною та зменшує надмірне узагальнення; це техніка також роз'яснює, що насправді є основною проблемою.

Як приклад техніки деконструкції, можна уявити двох людей у тривалих стосунках, які мають проблеми. Один партнер відчуває розчарування через іншого, який ніколи не ділиться з ним своїми почуттями, думками чи ідеями. Виходячи з цього короткого опису, немає чіткого уявлення про проблему, не кажучи про те, яким може бути рішення. Терапевт може деконструювати проблему з цим клієнтом, попросивши його більш конкретно сказати про те, що його турбує, замість того, щоб прийняти твердження на кшталт: «мій партнер мене більше не розуміє». Це може привести до кращого уявлення про те, що турбує клієнта, наприклад про загальні теми почуття самотності або відсутності романтичної близькості. Можливо, клієнт сконструював розповідь, у якій він є жертвою цих безпорадних стосунків, а не кимось, хто просто має проблеми з самотністю та повідомляє про цю вразливість своєму партнеру.

Деконструкція проблеми допомагає людям зрозуміти, в чому полягає корінь проблем (у цьому випадку хтось відчувається самотнім і вразливим) і що це означає для них (у цьому випадку, наприклад, їхній партнер більше не хоче підтримувати стосунки такими, якими вони є). Ця техніка є чудовим способом допомогти клієнту розібратися в проблемі та зрозуміти основу стресової події чи моделі його життя.

Техніка унікальних результатів є складною, але важливою для аспекту оповідання в наративній терапії. Техніка унікальних результатів передбачає зміну власної сюжетної лінії. У наративній терапії клієнт прагне побудувати сюжетну лінію свого досвіду, яка пропонує сенс або надає йому позитивну та функціональну ідентичність.

Це не такий самий термін, як «позитивне мислення», а скоріше спеціальна техніка, за допомогою якої клієнти створюють життєствердні історії. Однак це не обмежується однією сюжетною лінією. Є багато потенційних сюжетів, з якими можна працювати, одні корисніші за інші.

Подібно книзі, яка перемикає точки зору від одного персонажа до іншого, наше життя складається з кількох ниток оповіді з різними точками зору, сферами зосередженості та точками інтересу. Техніка унікальних результатів зосереджується на іншій сюжетній лінії чи сюжетних лініях, ніж та, що містить джерело проблем.

Застосування цієї техніки може виглядати як уникнення проблеми, але насправді це просто її переосмислення. Те, що здається проблемою з однієї точки зору, з іншої може бути лише незначною дрібницею.

Більшість людей мають особливу асоціацію з терміном «екзистенціалізм», через що його присутність у цьому переліку технік може здаватись дивною, але екзистенціалізм є більш глибоким поняттям. Екзистенціалізм – це не похмурий і безнадійний погляд на світ без сенсу. Загалом екзистенціалісти вірять у світ без внутрішнього сенсу; якщо немає заданого сенсу, то люди можуть створити свій власний.

Таким чином, екзистенціалізм і нарративна терапія йдуть пліч о пліч. Нарративна терапія заохочує людей знайти свій сенс і мету, а не шукати абсолютну істину, яка не обов'язково резонує для них самих.

Якщо, наприклад, клієнт завзятий читач, то можна запропонувати деякі твори екзистенціалістів, наприклад, Жан-Поля Сартра, Альбера Камю чи Мартіна Гайдеггера.

У той час як нарративна терапія є більше діалогом між терапевтом і клієнтом, є деякі вправи та заходи, які доповнюють регулярні терапевтичні сеанси. Їх можна давати клієнтам в якості домашнього завдання (самостійної роботи). Деякі з вправ описані нижче.

1. Карта положення. Цей простий роздатковий матеріал складається з чотирьох розділів, про які клієнт може написати:

- характеристики та найменування або маркування проблеми;
- картування наслідків проблеми в кожній сфері життя, якої вона торкається (дім, робота, школа, стосунки тощо);
- оцінка ефектів проблеми в цих областях;
- цінності, які виникають під час роздумів про те, чому ці ефекти є небажаними.

Як правило, діалог між терапевтом і клієнтом заглиблюється в ці чотири сфери. Терапевт може ставити питання та намагатись дослідити питання глибше, тоді як клієнт обговорює проблему, яка у нього є, і шукає розуміння будь-якої з чотирьох основних областей, перелічених вище.

У тому, щоб назвати проблему і повільно змінити думку про те, що ми пасивні глядачі свого життя, є метою нарративної терапії. Нарешті, для клієнта важливо зрозуміти, чому ця проблема турбує його на більш глибокому рівні. Які цінності порушуються чи перешкоджають цій проблемі? Чому клієнт негативно ставиться до проблеми? Наприклад, що дає їм «стресова вечеря»? Можливо, почуття соціальної тривоги та «інакшості»? Це питання, на які дана вправа може допомогти відповісти.

2. Історія мого життя. Один із основних терапевтичних принципів нарративної терапії полягає в тому, що ми знаходимо сенс і зцілення, розповідаючи історії.

Ця вправа стосується історії клієнта, і для неї знадобиться аркуш паперу та ручка чи олівець. Мета вправи «Моя історія життя» – відокремити себе від свого минулого та отримати ширший погляд на своє життя. Вправа спрямована на те, щоб створити схему вашого життя, яка не надто інтенсивно обертається навколо спогадів.

По-перше, клієнт пише назву книги, яка є назвою його життя. Можливо, це просто «Історія життя Олени» або щось, що більше відображає тему, яку клієнт бачить у своєму житті, наприклад «Олена: історія наполегливості».

Наступним етапом клієнт вигадує принаймні сім назв розділів, кожен з яких представлятиме важливий етап або подію у житті. Отримавши назву

розділу, слід придумати одне речення, яке підсумовує цей розділ. Наприклад, назва розділу може бути «Незграбний і невпевнений», а опис може бути таким: «Мої підліткові роки були пов'язані з почуттям невизначеності та плутанини у власній сім'ї».

Далі клієнт розглядає свій останній розділ і додає опис свого майбутнього життя: «Що я буду робити в майбутньому? Куди я піду та ким буду?». І, нарешті, останній крок – попрацювати з усіма розділами, і якщо це необхідно, додати інформацію, щоб скласти повну історію свого життя.

Ця вправа допомагає упорядкувати думки та переконання щодо свого життя та написати історію, яка має для клієнта сенс. Ідея полягає в тому, щоб не заглиблюватися в якісь конкретні спогади, а замість цього визнати, що те, що є у минулому, насправді є минулим: «Це сформувало вас, але воно не повинно визначати вас. Ваше минуле зробило вас рефлексивною та мудрішою людиною сьогодні».

3. Виразне мистецтво Це втручання може бути особливо корисним для дітей, але й дорослі можуть знайти в ньому полегшення та сенс. Ми всі маємо різні способи розповідати свої історії, і використання мистецтва для цього було основним елементом людства незліченних поколінь. Щоб скористатися перевагами цього виразного та творчого способу розповісти свої історії, можна використовувати різноманітні методи, які є у вашому розпорядженні.

1) Медитація. Керована релаксація або індивідуальна медитація можуть бути ефективним способом дослідження проблеми.

2) Журнал. Ведення журналу має багато потенційних переваг. Розгляньте певний набір запитань (наприклад, як ця проблема впливає на вас? Як проблема закріпилася у вашому житті?) або просто залучіть клієнта написати опис себе чи своєї історії з точки зору проблеми. Це може бути важко, але може привести до кращого розуміння проблеми та того, як вона впливає на сфери життя.

3) Малювання. Якщо клієнта більше цікавить зображення впливу проблеми на його досвід, ви можете залучити клієнта використати свої

навички, щоб намалювати або зафарбувати наслідки проблеми. Можна створити символічний малюнок, відобразити наслідки проблеми або створити мультфільм, який представлятиме проблему у житті. Якщо малювання звучить лякаюче, можна залучити клієнта намалювати абстрактні фігури кольорами емоцій, які він відчуває.

4) Рух. Можна використовувати простий засіб руху та уважності, щоб створювати та висловлювати історію. Можна почати з того, що рухатися своїм звичайним способом, а потім дозволити проблемі вплинути на рух. Практикуйте уважне спостереження, щоб побачити, що зміниться, коли клієнт дозволить проблемі закріпитися. Залучіть клієнта розробити перехідний рух, який почне похитувати проблему, яка його тримає. Зрештою – перехід до «визвольного руху», щоб метафорично та фізично дослідити, як уникнути проблеми.

5) Візуалізація. Залучайте клієнта використовувати методи візуалізації, щоб подумати, яким може бути його життя через тиждень, місяць, рік або кілька років, як з наявністю його проблеми, так і з часом, коли він обирає новий напрямок життя.

Наративна терапія – це діалог, у якому терапевт і клієнт спілкуються, щоб дізнатися про якусь історію. Це вимагає багатьох запитань з боку терапевта. Девід Епстон зазначав, що «Щоразу, коли ми ставимо запитання, ми створюємо можливу версію життя».

Наведений нижче список запитань призначений для формулювання карт розташування, але ці запитання можуть бути корисними й поза цією вправою:

- 1) Звучить так, ніби [проблема] зараз є частиною вашого життя.
- 2) Як давно ви почали помічати цю [проблему]?
- 3) Як [проблема] впливає на ваше життя?
- 4) Як [проблема] впливає на вашу енергію для щоденних завдань?
- 5) Чи впливає [проблема] на ваші стосунки з іншими членами родини?
- 6) Як [проблема] впливає на життя вашої дитини?

- 7) Що ви думаєте про вплив [проблеми] на ваше життя?
- 8) Ви приймаєте те, що [проблема] робить?
- 9) Ці ефекти прийнятні для вас чи ні?
- 10) Чому ви займаєте таку позицію щодо того, що [проблема] робить?
- 11) Як би ви хотіли, щоб все було?
- 12) Якби ви залишалися на зв'язку з тим, що щойно сказали про те, чому віддаєте перевагу, які наступні кроки ви могли б зробити?

Інший перелік, більш специфічних питань:

- 1) Пошук відкриття. Чи можете ви описати останній раз, коли вам вдалося позбутися проблеми на пару хвилин? Що було першим, що ви помітили за ці кілька хвилин? Що було далі?
- 2) Пов'язування відкриття з бажаним досвідом. Чи хотіли б ви більше таких хвилин у своєму житті?
- 3) *Перехід від відкриття до альтернативного розвитку історії.* Що ви думали/відчували/робили/бажали/уявляли протягом цих кількох хвилин?
- 4) *Розширення точки зору.* Що б помітила про вас ваш друг, якби зустрілася з вами за ці кілька хвилин?
- 5) *Дослідження ландшафтів дії.* Як ви цього досягли? Як друг допоміг вам у цьому?
- 6) *Дослідження ландшафтів свідомості.* Що ви дізналися про те, чим можете керувати за ці кілька хвилин?
- 7) *Зв'язок із винятками в минулому.* Розкажіть мені про випадки, коли вам вдалося досягти подібних кількох хвилин у минулому?
- 8) *Пов'язування винятків із минулого з сьогоденням.* Коли ви думаєте про ті часи в минулому, коли ви цього досягли, як це може змінити ваш погляд на проблему зараз?
- 9) *Пов'язування винятків із минулого з майбутнім.* Думаючи про це зараз, що ви очікуєте робити далі?

Рекомендаційний план проведення наративної терапії

Етап	Цілі	Види втручання
Ранній	<ul style="list-style-type: none"> - Встановити відносини співпраці та цілі терапії; - Вислухати розповіді історії клієнта; - Зобразити наслідки та історію проблеми; - Скласти карту впливу членів родини на проблему; - Визначити фактори, які впливають на проблему; - Почати відокремлювати клієнта від проблеми. 	<ul style="list-style-type: none"> - Попросити дозволу ставити делікатні питання; - Ставити запитання, які персоніфікують проблему; - Ставити запитання, щоб дізнатися про клієнта, не торкаючись проблеми; - Запитати, як проблема впливає на життя клієнта.
Середній	<ul style="list-style-type: none"> - Деконструювати контекст, у якому виникає проблема; - Допомогти клієнтам виробити нове ставлення до проблеми; - Знайти і ущільнити альтернативну історію чи розповідь; - Допомогти клієнту розкрити компетенції та самопізнання. 	<ul style="list-style-type: none"> - Вивчити внутрішні ресурси та сильні сторони клієнта; - Ставити запитання, щоб виявити переваги клієнта та його історії; - Ставити зовнішні запитання; - Ставити деконструктивні питання; - Сприяти повторному авторству нового наративу клієнта; - Щотижня проводити оцінку прогресу клієнта.

Продовження таблиці 3.2

<p>Пізній</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Підкріпити нову історію клієнта; - Поширювати нову, альтернативну або бажану історію клієнта; - Розширите нову історію в майбутнє; - Підвести узагальнення терапії. 	<ul style="list-style-type: none"> - Заохочувати писати листи для поширення нової історії; - Ставити запитання, щоб продовжити історію в майбутнє; - Визначити ритуали та традиції, які підтримують нову історію.
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Підсумовуючи головні особливості наративної терапії, що узагальнені в Додатку Д у вигляді шпаргалки, також враховуючи власний досвід, нами був розроблений рекомендаційний план проведення наративної терапії. Умовно розділивши терапію на три етапи – ранній, середній, пізній, визначено цілі та види втручання на кожному з них (таблиця 3.2).

У терапії виділяється три основних процеси:

1) Екстерналізація проблеми:

- розробка конкретного, близького до досвіду визначення проблеми;
- картування наслідків проблеми;
- оцінка наслідків проблеми;
- обґрунтування оцінки.

2) Зміна авторства розмов:

- допомога клієнтові у включенні в себе знехтуваних аспектів;
- зміна проблемно-центричного наративу.

3) Згадування розмов, які активно залучають клієнта до процесу:

- відновлення стосунків;
- видалення відносин, які їм більше не слугують;
- пошук сенсу в історії клієнта, який більше не насичений проблемами, а багатий стійкістю.

проблемами, а багатий стійкістю.

Перед тим, як почати практикувати в такому напрямку, як наративна терапія, особливо з такою вразливою групою людей, як ті, що перебувають в кризовій життєвій ситуації, необхідно дуже добре розібратись в особливостях такої терапії. Основним способом поглибити свої знання – читати спеціалізовану літературу.

Ми можемо порекомендувати три книжки, які допоможуть більш глибоко зрозуміти сенс наративної практики і заповнити пробіли в знаннях з цієї теми.

Книга Майкла Уайта «Карти наративної практики» [35] є основоположною, оскільки автор – один з розробників наративної терапії. Книга проводить читача через п'ять основних напрямків наративної терапії. Крім того, у книзі описується терапевтичний процес із наслідками для лікування та вправами для навчання навичок для читача.

Книга Еліс Морган «Що таке наративна терапія? Легкий для читання вступ» [80]. Цей бестселер пропонує простий і зрозумілий вступ до основних принципів наративної терапії. У цій книзі описана інформація про екстерналізацію, запам'ятовування, терапевтичне написання листів, ведення журналу та рефлексію в контексті наративної терапії. Книга Е. Морган особливо корисна для терапевтів та інших спеціалістів у сфері психологічного здоров'я, які бажають додати до своєї практики методики розповіді та найрізноманітніші вправи.

Книга Джин Комбс і Джилл Фрідман «Наративна терапія: соціальна конструкція бажаних реальностей» [61] дуже складна для розуміння та сприйняття. Краще підійде для тих, хто хоче з головою зануритися у філософські основи наративної терапії. До цієї книги також включено приклади розшифровок і описи терапевтичних сеансів, під час яких застосовуються принципи наративної терапії.

Висновки до розділу 3

Можна виділити чотири основні положення наративної теорії:

- у людей добрі наміри — вони не шукають проблем і не потребують їх;
- люди зазнають сильного впливу домінуючих дискурсів;
- люди не тотожні своїм проблемам;
- люди здатні конструювати альтернативні розповіді, відмовившись від загальноприйнятих поглядів, які вони інтерналізували. На цих положеннях ґрунтується практика наративної психотерапії.

П'ять основних технік наративної терапії:

- розповідь своєї історії;
- техніка екстерналізації;
- техніка деконструкції;
- техніка унікальних результатів;
- екзистенціалізм.

У той час як наративна терапія є більше діалогом між терапевтом і клієнтом, є деякі вправи та заходи, які доповнюють регулярні терапевтичні сеанси. Їх можна давати клієнтам в якості домашнього завдання (самостійної роботи), наприклад: карта положення, історія мого життя, виразне мистецтво (медитація, журнал, малювання, рух, візуалізація і т.д.).

У терапії виділяється три основних процеси:

1) екстерналізація проблеми (розробка конкретного, близького до досвіду визначення проблеми; картування наслідків проблеми; оцінка наслідків проблеми; обґрунтування оцінки);

2) зміна авторства розмов (допомога клієнтові у включенні в себе знехтуваних аспектів; зміна проблемно-центричного наративу);

3) згадування розмов, які активно залучають клієнта до процесу (відновлення стосунків; видалення відносин, які їм більше не слугують; пошук сенсу в історії клієнта, який більше не насичений проблемами, а багатий стійкістю).

Перед тим, як почати практикувати в такому напрямку, як наративна терапія, особливо з такою вразливою групою людей, як ті, що перебувають в кризовій життєвій ситуації, необхідно дуже добре розібратись в особливостях такої терапії. Основним способом поглибити свої знання – читати спеціалізовану літературу. Основоположні книжки з наративної терапії: М. Уайт «Карти наративної практики», Е. Морган «Що таке наративна терапія? Легкий для читання вступ» та Дж. Комбс і Дж. Фрідман «Наративна терапія: соціальна конструкція бажаних реальностей».

ВИСНОВКИ

1. Функції наративу різноманітні – впорядковуюча (допомагає систематизувати знання, досвід, способи дії для прийняття рішення), інформуюча (надання будь-якого матеріалу, інформації з питання), переконуюча (допомагає людині в прийнятті будь-якого рішення), розважальна та відволікаюча увагу (постачають цікаві, захоплюючі способи, матеріали у певний момент часу). У психотерапії широко використовується наративний підхід, який знайшов своє відображення в наративній терапії. Засновниками наративної практики були австралійські психотерапевти Майкл Уайт та Девід Епстон. Наративна терапія – напрям у сімейному консультуванні, соціальній роботі, психології, психотерапії, що ґрунтується на ідеї про те, що події життя та відносини людей формуються у процесі соціальної взаємодії. У світі застосовуються дві метафори для організації практичної роботи – «нاراتив» та «соціальний конструкт». Використання наративної метафори полягає у тому, щоб бачити у житті людей історії та працювати із ними, тобто пережити ці історії, надавши їм значимий і завершений характер. Метафора соціального конструкту полягає у розгляді способів, за допомогою яких соціальна, міжособистісна реальність кожної людини сконструйована через взаємодію з іншими людьми та організаціями. Соціальний конструкт використовується, щоб наголосити на вплив соціальних реальностей на життєві сенси людей.

2. Криза – це ситуація, в якій життя «тестує» людину на її готовність та здатність стати тим, ким вона може стати. Центральною ланкою кризи як життєвого виклику є втрата усталених уявлень про себе, ідентичності. Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається з перешкодою у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися із цією ситуацією за допомогою звичних засобів. Виділяються два типи кризових ситуацій: обумовлені змінами у природному життєвому циклі або травмуючими подіями життя.

Психологічний аналіз виділяє такі параметри кризової події:

- несприятливі умови життєдіяльності;
- загрозливий характер події;
- різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;
- виснаження адаптаційних ресурсів та «прорив» адаптаційного бар'єру;
- зміна динамічних стереотипів поведінки;
- кризовий стан особистості.

Протягом життя людина стикається з різними ситуаціями: важкими, кризовими, екстремальними, розрізнення яких є важливим для здійснення грамотної психологічної допомоги. Кожна з цих ситуацій визначається у межах конкретної життєвої історії з урахуванням індивідуального типу реагування, особистісних смислів та ресурсів.

3. Метою психологічної допомоги людині, яка перебуває в кризовій життєвій ситуації, може бути розвиток особистості, профілактика подальших нервово-психічних розладів, корекція гострих емоційних станів, психотерапія, реабілітація. Одним з методів надання психологічної допомоги людям в кризових життєвих ситуаціях – є наративна практика. Наративна практика надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях ґрунтується на двох основних принципах:

- усі думки та поведінка людини існують у культурних контекстах, які дають їм особливий зміст та значення;
- погляд людей на світ формується через комплекс, часто несвідомих процесів «просіювання» через власний досвід та вибір тих елементів, які найбільше відповідають домінуючій історії життя.

Метою наративної практики надання психологічної допомоги у кризових ситуаціях є створення нових історій, відкриття простору для широкого поля альтернатив, переживання відчуття вибору. Психолог, що працює в рамках наративної практики, не займає позицію «експерта за змістом життя» клієнта, а навпаки, займає позицію «незнання», тому у фокусі уваги

виявляються не знання та вміння психолога, а знання та вміння клієнта. Психолог лише ставить питання, які сприяють побудові бажаного для клієнта напряму життя, яке відбувається за рахунок все більш повного і насиченого, багатогранного опису улюбленої історії клієнта.

4. Дослідження ефективності наративної терапії відбувалось в ході незалежної роботи з п'ятьма клієнтами: 3 жінки віком 25, 34 та 47 років; і 2 чоловіка, віком 37 та 22 роки. Клієнти звернулись із різними скаргами, але всі вони перебували у кризовій життєвій ситуації під дією сильного стресу. Робота з клієнтами тривала по 12 сесій, і мала вигляд наративної терапії. В кінці першої сесії і в кінці останньої клієнтам було запропоновано пройти тестування на дослідження індексу життєвої задоволеності (Нойгартен А.), рівня тривожності (Тейлор Дж.) та психічних станів особистості (Джерсайлд А.). Індекс життєвої задоволеності після проведення терапії збільшився на 37,5 %, 82 %, 33 %, 74 % та 69 % відповідно. Найбільший приріст балів у клієнтів відбувся за показниками «загальний настрій», «узгодженість між поставленими та досягнутими цілями» та «інтерес до життя», а найменший – за показниками «послідовність у досягненні цілей» та «позитивна оцінка себе і власних вчинків». Опитувальник за шкалою проявів тривоги, виявив зниження даного показника у всіх клієнтів на 34%, 42%, 24%, 45% та 32% відповідно. Загальний показник особистісних станів знизився на 42%, 47%, 45%, 46% та 46% відповідно. Найбільший негативний приріст у клієнтів відбувся за показниками «Відчуття безглуздості існування», «Розбіжність між реальним та ідеальним «Я» та «Свобода волі». А найменший за показниками «Статевий конфлікт», «Ворожий настрій» та «Свобода вибору». Для оцінки ефективності наративної терапії використовували t-критерій Стьюдента. Розрахунок за допомогою програми Excel дозволив встановити, що враховуючи незалежність вибірок, t-критерій дорівнює $t = 1,8e-10$, при $p=0,05$ можна говорити про достовірність ефективності наративної терапії в проведеній роботі з клієнтами.

5. Мета наративної терапії – створення нових історій, відкриття простору для широкого поля альтернатив, переживання відчуття вибору, щоб людина відчула себе здатною впливати на власне життя, більшою мірою автором улюбленої історії свого життя і стала б втілювати її, залучаючи та об'єднуючи «своїх» людей у співтовариство турботи та підтримки. Основні ідеї наративної терапії:

- події життя та відносини людей формуються в процесі соціальної взаємодії;
- уявлення про себе та своє життя створюється у людини з тих історій, які вона розповідає собі та іншим;
- переповідання історій життя з іншої точки зору впливає на зміну сприйняття власного життя, оцінки сьогодення, минулого і майбутнього.

Наративна терапія концентрується на дослідженні того, як досвід викликає очікування і як очікування потім переформовують досвід через створення оповідань. Іншими словами, розповіді про життя діють як фільтри, що відокремлюють той досвід або переживання, які не узгоджуються з сюжетною лінією, від того, що клієнт сприймає як істинний досвід свого життя. Якщо їх не можна відфільтрувати, події спотворюються до тих пір, поки не вкладаються в основну канву. Можна виділити чотири основні положення наративної теорії: у людей добрі наміри — вони не шукають проблем і не потребують їх; люди зазнають сильного впливу домінуючих дискурсів; люди не тотожні своїм проблемам; люди здатні конструювати альтернативні розповіді, відмовившись від загальноприйнятих поглядів, які вони інтерналізували. На цих положеннях ґрунтується практика наративної психотерапії. П'ять основних технік наративної терапії: розповідь своєї історії, техніка екстерналізації, техніка деконструкції, техніка унікальних результатів та екзистенціалізм. У той час як наративна терапія є більше діалогом між терапевтом і клієнтом, є деякі вправи та заходи, які доповнюють регулярні терапевтичні сеанси. Їх можна давати клієнтам в якості домашнього завдання

(самостійної роботи), наприклад: карта положення, історія мого життя, виразне мистецтво (медитація, журнал, малювання, рух, візуалізація і т.д.)

У терапії виділяється три основних процеси:

1) Екстерналізація проблеми:

- розробка конкретного, близького до досвіду визначення проблеми;
- картування наслідків проблеми;
- оцінка наслідків проблеми;
- обґрунтування оцінки.

2) Зміна авторства розмов:

- допомога клієнтові у включенні в себе знехтуваних аспектів;
- зміна проблемно-центричного наративу.

3) Згадування розмов, які активно залучають клієнта до процесу:

- відновлення стосунків;
- видалення відносин, які їм більше не слугують;
- пошук сенсу в історії клієнта, який більше не насичений

проблемами, а багатий стійкістю.

Перед тим, як почати практикувати в такому напрямку, як наративна терапія, особливо з такою вразливою групою людей, як ті, що перебувають в кризовій життєвій ситуації, необхідно дуже добре розібратись в особливостях такої терапії. Основним способом поглибити свої знання – читати спеціалізовану літературу. Основоположні книжки з наративної терапії: М.Уайт «Карти наративної практики», Е. Морган «Що таке наративна терапія? Легкий для читання вступ» та Дж. Комбс і Дж. Фрідман «Наративна терапія: соціальна конструкція бажаних реальностей».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоненко Т. Л. Технології становлення ціннісно-сміслової сфери особистості студента. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2019. № 93(6). С. 16-29.
2. Асєєва Ю.О. Асєєва Ю.О. Психологічні засади кіберадикцій в підлітковому та юнацькому віці. Одеса: Державний заклад «Південноукраїнський національний університет імені К. Д. Ушинського», 2021. 532 с.
3. Афанасьєв О. І., Василенко, І. Л. Функції нарративу в науковому тексті. Одеса: Одеський національний політехнічний університет. 18 с.
4. Афанасьєва М. М. Ігрова психотерапія підліткового неврозу. Кривий Ріг: Криворізький державний педагогічний університет, 2021. 90 с.
5. Бек А. Т. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*. 2019. № 1. С. 90–100.
6. Биков В. Ю., Лещенко, М. П., Тимчук, Л. І. Цифрова гуманістична педагогіка. 2017: веб-сайт. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/158553871.pdf> (дата звернення 10.10.2022).
7. Большакова А. М. АСТ-терапія прийняття та відповідальності в роботі з психічною травмою. *Секція: соціально-психологічні фактори та умови психічного благополуччя людини*. 2021. С. 102–103.
8. Брокмайєр І., Харре Р. Наратив: проблеми та обіцянки однієї альтернативної парадигми. *Питання філософії*. 2000. № 3. С. 29–40.
9. Ванда Н. В. Наративна психологія як галузь психологічної герменевтики. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки*. 2013. № 41. С. 39–46.
10. Вірна Ж. П. Психологія особистісної події. Луцьк: СНУ імені Лесі Українки, 2020. 20 с.
11. Гаєвська Г. В. Адаптація жінок преклімактеричного віку до. *Наука і освіта*. 2009. №3. С. 14-18.

12. Грицюк І. М., Магдисюк Л. І. Дослідницькі методи в різних галузях практичної психології.. Луцьк : Вежа-Друк. 2022. 248 с.

13. Дем'яненко Ю. О. Наративна модель психологічної допомоги соціально незахищеним верствам населення. *Вісник післядипломної освіти*. 2013. № 9 (2). С. 104-110.

14. Джаббарова Л. В. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія. Х.: СГ НТМ «Новий курс», 2020. 190 с.

15. Дмитріюк Н. С. Основи психологічної практики (практична психологія). Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, кафедра педагогічної та вікової психології, 2018. 10 с.

16. Дубно А. В. Компетентна діяльність соціального працівника у психодіагностичному аспекті: диплом. робота за освіт.-кваліф. рівнем «магістр» : спец. 8.13010201 – соціальна робота магістер. програма – соціальна робота. Тернопіль. 2017. 122 с.

17. Жебелева П. В. Аналіз сучасних психологічних підходів до розуміння феномену наратив. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2014. № 121. С 132-136.

18. Жебелева П. В. Основні принципи наративного підходу та перспективи його використання у психологічній практиці. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2014. № 3. С. 141-143.

19. Заборовська І. Р., Туриніна О. Л. Особливості застосування гештальт-терапевтичного методу в подоланні психологічних труднощів клієнтів. *Психологічне здоров'я*. 2019. № 2(3). С. 54–66.

20. Зливков В. Л. Комунікативно-дискурсивний простір наративної ідентичності особистості. *Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості*. 2019. С. 16-35.

21. Карсканова С. В. Використання наративу як методу соціально-психологічної діагностики особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. № 1. С 30-35.

22. Климчук В. О. Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації. Житомир: ЖДУ ім. І. Франка. 2015, 290 с.

23. Коваленко А.Б., Корнєв М.Н. Соціальна психологія: Підручник. К: КНУ ім. Т. Г. Шевченка, 2006. 400 с.

24. Кордунова Н. О. Психологічний супровід в кризових ситуаціях та екстремальних умовах. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. 2017. 14 с.

25. Лабашук О. Перспективи застосування методики нарративного інтерв'ю для сучасних фольклористичних досліджень. *Студія Методологіка*. 2019. № 48. С. 41-50.

26. Любшина Ю. А. Роль нарративу в саморозумінні особистості. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Соціально-психологічні проблеми суспільства»*. 2020. С. 156–158.

27. Наративні психотехнології. / Чепелева Н.В. та ін. К.: Главник, 2007. 144 с.

28. Панок В. Прикладна психологія у педагогічній практиці України. *Психологія і суспільство*. 2017. № 4(70). С. 94-108.

29. Прокопчук І. Неадекватне ставлення до хвороби як чинник, що спричиняє порушення соціалізації особистості у хворих на псоріаз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2014. № 1. С 62-65.

30. За пределами эмпатии. Терапия контакта-в-отношениях / Ричард Г. и др. К.: Интерсервіс, 2018, 408 с.

31. Рябова, В. О. Принципи першої психологічної допомоги у кризових ситуаціях. *Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта*. 2022. 231 с.

32. Скориніна-Погребна О. В. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях. Харків: Національний університет цивільного захисту України. 2016. 116 с.
33. Смалиус Л. Самовдосконалення у процесі фахової підготовки психологів. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю м. Хмельницький*. 2012. С. 177-179.
34. Тур, М. Г. Контрверзні лінії легітимації на засадах системної та комунікативної раціональності: спроба порівняння. *Практична філософія*. 2005. № 4. С 107-119.
35. Уайт М. Карти нарративної практики: Введення в нарративну терапію. М.: Ренезис, 2010. 326 с.
36. Уинслейд Дж., Монк Дж. Нарративна медиация: новий підхід к разрешению конфликтов. М.: МОО Центр «Судебно-правовая реформа», 2009.
37. Фрідман Дж. Конструювання інших реальностей: історії та оповідання як терапія. М.: Клас, 2001. 368.
38. Фурман А. Теоретична модель емпатійної взаємодії психолога з клієнтом: циклічно-вчинковий підхід. *Психологія і особистість*, 2022. №2. С. 9-40.
39. Харькова Н. П., Коляденко С. М. Психологічні техніки соціально-педагогічного консультування. Житомир: ЖДУ ім. Івана Франка. 2014. 19 с.
40. Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика: навч. посібник. Харків: НТУ «ХП». 2018. 245 с.
41. Чепелева Н., Рудницька С. Наративне конструювання досвіду особистості. *Психологічний журнал*, 2022. № 8(2). С. 7-17.
42. Чепелева Н.В., Зазимко О.В., Шиловська О.М. Наративні практики самопроекування: методичні рекомендації. К.: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 44 с .
43. Чепурна Г. Л. Перспективи використання нарративного підходу в практиці соціальної роботи. *Матеріали I Міжнародної науково-практичної*

конференції «Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики». 2021. С. 38–39.

44. Шатілова О, Полунін О. Наративні практики кар'єрної психології. *Архів матеріалів міжнародних наукових конференцій*. 2019. С. 19–21.

45. Шебанова В. І. Застосування інструментарію візуально-наративного підходу у психологічній допомозі особистості. *Психолінгвістика*. 2018. № 24 (1). С. 381-402.

46. Шебанова В. І. Наративна психологія: навч. метод. рекомендації. Херсон: ПП Вишемирський В.С. 2017. 106 с.

47. Шевчук І. В. Наративна психологія та основи вступу у наративну практику. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2017. № 37. С 37-52.

48. Ширяєва Т. М. Наративна психологія: теорія та практика. *Наукові записки Національного університету Острозька академія. Психологія і педагогіка*. 2013. № 22. С 213-216.

49. Шмілик Н. Особливості взаємозв'язку рівня сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016. № 1. С. 139-148.

50. Юр'єва Л. М., Шустерман, Т. Й. Клініко-психопатологічні особливості психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод. *Український вісник психоневрології*. 2007. № 15 (1). С. 93-96.

51. Bateson M. C. Narrative, adaptation, and change. *Interchange*. 2007. № 38(3). P. 213–222.

52. Bell S. Narratives and lives: Women's health politics and the diagnosis of cancer for DES daughters. *Narrative Inquiry*. 1999. № 9(2). P. 1–43.

53. Benwell B., Stokoe E. *Discourse and Identity*. Edinburgh University Press, 2006. 314 p.

54. Bernice L. Neugarten, Ph.D., Robert J. Havighurst, Ph.D., Sheldon S. Tobin, M.A. The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 1961. № 16(2). P. 134–143.

55. Bishop W. H. Narrative therapy summary, 2011: веб-сайт. URL: <http://www.thoughtsfromatherapist.com/2011/05/16/narrative-therapy-summary/> (дата звернення 13.10.2022).

56. Bretz H. J., Heekerens H. P., Schmitz B. Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. 1994. № 42(3). P. 241–260.

57. Brown C. Teaching postmodern and narrative social work practice Through the use of film-based clients. *Canadian Social Work Review. Revue canadienne de service social*. 2019. № 36(2). P. 71-89.

58. Brown K., Mondon A., Winter A. The far right, the mainstream and mainstreaming: towards a heuristic framework. *Journal of Political Ideologies*, 2021. P. 1-18.

59. Casares Jr, D. R., Gladding, S. T. Using comedy to explore racial-ethnic identity with clients: A narrative approach. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2020. №15(1). P. 69-80.

60. Coaston S. C. Taming the brain weasels: Reducing self-criticism through externalization and compassion. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2020. №15(2). P. 176-188.

61. Combs G., Freedman J. Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities. English edition, 1996. 336 p.

62. Cuijpers P., Donker T., Weissman M. M. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2016. № 173(7). P. 680–687.

63. DiNicola V. F. Road map to Schizo-land: Mara Selvini Palazzoli and the Milan model of systemic family therapy. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*. 1984. № 3(2). P. 50–62.

64. Drake D. Narrative coaching. *The Coaches' Handbook*. 2020. P. 257-266.

65. Field T. A., Beeson E. T., Jones L. K. The New ABCs: A Practitioner's Guide to Neuroscience-Informed Cognitive-Behavior Therapy. *Journal of Mental Health Counseling*. 2015. № 37(3). P. 206–220.

66. Harré R., van Langenhove L. Positioning Theory. Oxford: Blackwell, 1998. 225 p.

67. Hollway W., Jefferson T. Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative and the Interview Method. London: Sage, 2000. 166 p.

68. Jacobs K., Manzi T. Performance indicators and social constructivism: conflict and control in housing management. *Critical Social Policy*. 2000. № 20(1). P. 85–103.

69. Kübler-Ross E. On Death and Dying. London: Routledge, 1969. 272 p.

70. Labov W., Waletzky J. Narrative analysis: Oral versions of personal experience. *Essays on the verbal and visual arts*. 1967. P. 12–44.

71. Langellier K., Peterson E. Performing Narrative: The Communicative Practice of Storytelling. Philadelphia: Temple University Press, 2004. 288 p.

72. Law H. Narrative coaching—Part 1: An introduction and the first step. *Coaching Practiced*. 2022. P. 371-381.

73. Link, B. G., Monahan, J., Stueve, A. Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review*. 1999. P. 316-332.

74. Lueg K. Storytelling and Narrative Capital in Organizations: Bringing Boje and Bourdieu into Conversation. *The Routledge Companion to Narrative Theory*. 2021. P. 448-462.

75. Mann S. The research interview. Reflective practice and reflexivity in research processes. UK: Palgrave Macmillan, 2016. 325 p.

76. Martin J. J. Vital Elements in the Deconstruction of Whiteness and Eurocentrism in Higher Education Work Settings. *Dismantling Constructs of Whiteness in Higher Education*. 2022. P. 43-55.

77. Maslow A. New frontiers of human nature. M.: Meaning, 1999. 496 p.

78. McAdams D. P. *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. NY: Guilford Press, 1993. 336 p.

79. Mishler E. Models of narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and Life History*. 1995. № 5(2). P. 87–123.

80. Morgan A. *What is Narrative Therapy?: An Easy-to-read Introduction*. Dulwich Centre Publications, 2000. 136 p.

81. Nunning A. Narratology or Narratologies? What Is Narratology? *Questions and Answers Regarding the Status of a Theory*. 2003. P. 239–275.

82. Ricketts D., Lockton D. Mental landscapes: Externalizing mental models through metaphors. *Interactions*. 2019. № 26(2). P. 86-90.

83. Riessman C. *Narrative Analysis. Narrative, Memory & Everyday Life*. Huddersfield: University of Huddersfield, 2005. 7 p.

84. Rosenblatt P. C. Grief across cultures: A review and research agenda. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. 2008. P. 207–222.

85. Smith B. H. *Narrative Versions, Narrative Theories*. Chicago: University of Chicago Press. 1981. P. 209–232.

86. Standish K. Introduction to narrative therapy, 2013: электронный ресурс. URL: <https://www.slideshare.net/kevins299/lecture-8-narrative-therapy> (дата обращения 01.11.2022).

87. Taylor J. A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953. № 48(2). P. 285–290.

88. Tomm K. Externalizing the problem and internalizing personal agency. *Journal of Systemic Therapies*, 2019. № 38(3). P. 43-49.

89. Wengraf T. Interviewing for life-histories, lived situations and personal experience. The biographic-narrative interpretive method (BNIM) on its own and as part of a multi-method full spectrum psychosocial methodology. 2006. 12 p.

90. Williams G. The genesis of chronic illness: Narrative reconstruction. *Sociology of Health & Illness*. 1984. № 6(2). P. 175–200.

Всього джерел – 90

Джерел за останні п'ять років – 40

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 10 (номера джерел у списку: 57-60, 64, 72, 74, 76, 82, 88)

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 30 (номера джерел у списку: 1-7, 10, 12, 14-16, 19-21, 24-26, 28, 30-31)

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест на дослідження індексу життєвої задоволеності (Нойгартен А.) (адаптація Н. Паніної)

Інструкція: Оцініть кожне твердження відповідно до ступеня вашої згоди. Поряд з питаннями пишуть – «згоден», «не згоден» або «не знаю». Можна ставити просто знаками «+», «-» або «?».

Тестовий матеріал:

1. З віком багато мені здається краще, ніж я очікував раніше.
2. Життя принесла мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю.
3. Зараз найпохмуріший період в моєму житті.
4. Моє життя могла б бути щасливішими, ніж є.
5. Зараз я майже так само щасливий, як і в той час, коли був молодшим.
6. Більшість справ, якими мені доводиться займатися, нудні і нецікаві.
7. Зараз я переживаю найкращі роки в моєму житті.
8. Я вважаю, що в майбутньому мене чекають цікаві і приємні справи.
9. До своїх справ і занять я відчуваю такий же інтерес, як і раніше.
10. З віком я все більше відчуваю якусь втому.
11. Відчуття віку не турбує мене.
12. Коли я оглядаюся на своє життя, я відчуваю почуття задоволення.
13. Я не змінив би своє минуле життя, навіть якби мав таку можливість.
14. У порівнянні з іншими людьми мого віку я зробив масу дурниць у своєму житті.
15. Я виглядаю краще, ніж більшість інших людей мого віку.
16. У мене є деякі плани, які я маю намір здійснити найближчим часом.
17. Озираючись на минуле, можу сказати, що я багато чого упустив у своєму житті.

18. Я занадто часто, в порівнянні з іншими людьми, перебуваю в пригніченому настрої.

19. Я отримав досить багато з того, що очікував від життя.

20. Що б не говорили, а з віком більшість людей стає гірше, а не краще.

Ключ:

Номер судження	«Згоден»	«Не згоден»	«Не знаю»
1	0	1	1
2	0	2	1
3	0	2	1
4	0	2	1
5	2	0	1
6	0	2	1
7	2	0	1
8	2	0	1
9	2	0	1
10	0	2	1
11	2	0	1
12	2	0	1
13	2	0	1
14	0	2	1
15	2	0	1
16	2	0	1
17	0	2	1
18	0	2	1
19	2	0	1
20	0	2	1

Особистісна шкала проявів тривоги (Тейлор Дж.) (адаптація Т. Немчіна)

Інструкція: Проаналізуйте кожне твердження, чи описує воно вас. Поставте поряд з кожним твердженням відмітку «так» або «ні»

Тестовий матеріал:

1. Зазвичай я спокійний і вивести мене нелегко.
2. Мої нерви «розхитані» трохи більше, ніж в інших людей.
3. У мене рідко бувають запори.
4. У мене рідко бувають головні болі.
5. Я рідко втомлююся.
6. Я майже завжди почуваюся цілком щасливим.
7. Я впевнений у собі.
8. Я практично ніколи не червонію.
9. У порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.
10. Я червонію не частіше, ніж інші.
11. У мене рідко буває посилене серцебиття.
12. Зазвичай мої руки досить теплі.
13. Я сором'язливий не більше ніж інші.
14. Мені не вистачає впевненості у собі.
15. Іноді мені здається, що я ні на що не придатний.
16. У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці.
17. Мій шлунок сильно турбує мене.
18. У мене вистачає духу винести всі майбутні труднощі.
19. Я хотів би бути таким самим щасливим, як інші.

20. Мені здається часом, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не подолати.

21. Мені нерідко сняться кошмарні сни.

22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся щось зробити.

23. У мене надзвичайно неспокійний і уривчастий сон.

24. Мене дуже турбують можливі невдачі.

25. Мені доводилося відчувати страх у тих випадках, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.

26. Мені важко зосередитися на роботі або на якомусь завданні.

27. Я працюю з великою напругою.

28. Я легко приходжу в замішання.

29. Майже весь час відчуваю тривогу через будь-кого або через щонебудь.

30. Я схильний приймати все дуже серйозно.

31. Я часто плачу.

32. Мене нерідко мучать напади блювоти та нудоти.

33. Раз на місяць чи частіше у мене буває розлад шлунка через нерви.

34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

35. Мені дуже важко зосередитися на будь-чому.

36. Моє матеріальне становище дуже турбують мене.

37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.

38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.

39. Часом, коли я перебуваю в замішанні, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.

40. Навіть у холодні дні я легко потію.

41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.

42. Я – людина легко збудлива.

43. Часом я почуваюся абсолютно марним.

44. Іноді мені здається, що мої нерви сильно розхитані, і я ось-ось вийду з себе.

45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось турбує.

46. Я набагато чутливіше, ніж більшість інших людей.

47. Я майже весь час відчуваю голод.

48. Очікування мене нервує.

49. Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою.

50. Очікування завжди нервує мене.

Ключ:

Кожна відповідь «так» на висловлювання № 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 3 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50; та відповідь «ні» на висловлювання № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оцінюється у 1 бал.

Опитувальник особистісних станів (Джерсайд А.)

Інструкція: Наведені висловлювання відібрано з типових, повсякденних суджень людей, яким властиві особистісні емоційні проблеми. Прочитавши судження, висловіть свою думку, який варіант відповіді ви обираєте:

1. Я гадаю саме так. Це одна зі сфер, в якій я хотів би особисто розібратися.
2. Я думаю, так, але це питання вважаю для себе не дуже важливим, щоб спеціально в ньому розбиратися.
3. Це не має відношення до мого життя.
4. Я не знаю, мені важко відповісти на це питання.

Тестовий матеріал:

1. Мені нелегко бачити себе людиною, яка постійно потребує, шукає та приймає допомогу з боку у вирішенні власних життєвих проблем. Я думаю, що повинен мати в собі сили та здатність вирішувати особисті проблеми без сторонньої допомоги.

2. Я відчуваю велику потребу постійно порівнювати себе з іншими людьми, доводити собі, що я – вище за інших або, принаймні, не гірше за інших.

3. Я відчуваю, що у мене в житті не було можливості для нормального статевого життя.

4. Я не знаю точно, що я насправді хочу від життя, я також недостатньо уявляю, що найважливіше потрібно зробити, ким у житті бути, що від нього отримати.

5. Мені важко почуватися настільки вільним, щоб бути завжди самим собою у стосунках із людьми. Особливо з тими, які займають вищу позицію, мають більш високий ранг або мають великий престиж. Я вільний тільки з тими людьми, хто дорівнює мені або займає нижчу позицію.

6. Хоча я думаю, що боротьба за життя – справа, що стоїть, але особисто для мене вона здається досить безнадійною справою.

7. Я провів значну частину свого життя в такій атмосфері, яка мені байдужа і в якій майже всі люди були далекі один від одного.

8. Хоча я намагаюся спілкуватися тактовно з іншими людьми, вони часто не зважають на мої почуття.

9. Я відчуваю, що загалом у житті – досить щаслива людина. Своїм успіхом у житті я завдячую долі, що щасливо склалася, і добрій волі інших людей, іноді я, правда, турбуюся про те, чи не вичерпається моє щастя.

10. Я відчуваю, що в житті є важливі речі, які я упустив і ніколи більше не отримаю, незалежно від того, як намагатимуся і чого досягну.

11. Я схильний завантажувати себе такою кількістю справ і брати на себе стільки обов'язків, що на себе мені вже не залишається часу.

12. Я, як мені здається, не в змозі звільнитися від почуття провини чи страху, пов'язаних із моїм статевим досвідом.

13. Мені здається, що я переходжу від однієї роботи до іншої, від одних стосунків із людьми до інших або з одного місця до іншого, ніде не знаходячи того, що мені потрібне.

14. Я часто відчуваю потребу справляти на людей враження більш здатної, сильнішої, більш уважної і більш незалежної людини, ніж є насправді.

15. Самотність – це одне із почуттів, яке часто охоплює мене.

16. Я відчуваю, що хоч у мене колись, можливо, і був свій дім у фізичному та психологічному сенсі цього слова, але я втратив його, а іншого не придбав

17. Я, на мою думку, не в змозі звільнитися від почуття неадекватності, вини гріха, пов'язаних з тим, чого не було в моєму минулому статевому житті.

18. Теоретично я знаю, що добре бути здатним, любити, насолоджуватися, засмучуватися та відчувати інші глибокі людські почуття, але я не бачу, які наслідки це могло б мати для мене.

19. Коли я знаходжусь удома зі своїми близькими, то відчуваю, що мені чогось не вистачає. Коли я спілкуюся з людьми за межами мого дому, то відчуваю, що мені чогось бракує. Взагалі мені здається, що ніде я не почуваюся повністю у своїй тарілці.

20. Я почуваюся надто відірваним від інших людей. Мені здається, що між мною та іншими завжди існує невидимий бар'єр.

21. Досить часто, коли хтось просить мене зробити що-небудь, піти кудись або взяти на себе відповідальність за щось, я погоджуюсь, але згодом шкодую про це або відчуваю прикрість з приводу того, що сказав так.

22. Я відчуваю, що ніколи не жив у відповідності до моїх ідеалів, і часто думаю, що мені це ніколи не вдасться.

23. У моїй роботі, догляді за дітьми, домашніх турботах тощо, мені часто доводиться спонукати інших робити щось чи вчити чогось, що мені самому не видається досить значущим та важливим.

24. Я відчуваю, що моя сім'я висуває мені такі вимоги і настільки, що мене обурюють. Проте я не можу захистити себе, стверджувати своє право на власні бажання і думки, користуватися правом бунтувати проти насильства.

25. Я відчуваю, що мені необхідно завжди бути напоготові і не допускати промахів, тому що інші люди миттєво можуть скористатися цим.

26. Іноді я відчуваю, що життя настільки складне і заплутане, що у мене виникають сумніви щодо того, чи варто продовжувати боротьбу.

27. Іноді мені здається, що я був би розчарований і навіть жахнувся, якби мені справді вдалося зрозуміти себе.

28. Мені стає ніяково, коли інші виявляють свої почуття, такі, як гнів, ніжність чи страх, відкрито на людях або приходять до мене і оголюють свої почуття.

29. Іноді мені здається, що я схильний оцінювати себе як особистість на основі того, що було або чого взагалі не було у моєму статевому житті.

30. Іноді я втрачаю самовладання або відчуваю гнів, лють, які виводять мене з рівноваги.

31. Я відчуваю, що є речі в житті, від яких мені довелося відмовитися. Я вважаю, що в моєму віці вже надто пізно намагатися надолужити упущене.

32. Я часто злюсь і обурююся, коли мене підганяють, чинять на мене тиск, нав'язують свою думку, особливо якщо я можу чинити опір цьому або виявляти своє невдоволення.

33. Те, що я роблю, і те, що відбувається у моєму житті, не здається досить значущим для мене. Мені хотілося б отримувати більше задоволення від прикладених зусиль у роботі, навчанні, сімейних справах, але не можу сказати, що насправді я його отримую.

34. Я не маю нікого, кому я міг довірити свої глибокі особисті переживання, знаючи, що мене справді вислухають і зрозуміють.

35. Приймаючи рішення або думаючи про вчинений мною крок, я часто запитую себе, що зробив би хтось інший – батько, друг, керівник чи старший колега – на моєму місці в аналогічній ситуації.

36. Незалежно від того, чи перебуваю я на роботі, вдома чи у відпустці, мене не залишає почуття відчуженості від того, що відбувається навколо мене, і я не відчуваю себе особисто включеним до цього.

Ключ:

За вибір 1 варіанта відповіді нараховується 2 бали, за вибір 2 варіанту – 1 бал, за третій – 0 балів, 4 варіант не оцінюється.

Стан особистості та номер судження:

Самотність – 7, 15, 20, 34.

Безглуздість існування – 4, 11, 23, 33.

Свобода вибору (ставлення до авторитету) – 5, 21, 24, 35.

Статевий конфлікт – 3, 12, 17, 29.

Ворожий конфлікт – 8, 25, 30, 32.

Розбіжність між реальним та ідеальним «Я» – 2, 14, 22, 27.

Свобода волі – 1, 9, 18, 28.

Безнадійність – 6, 10, 26, 31.

Почуття неприкаяності (безпритульність) – 13, 16, 19, 36

Приклади питань, спрямованих на вивчення ландшафту впливу

- Де ви були, коли це сталося?
- Ви були один чи з кимось?
- Коли це сталося?
- Як довго це тривало?
- Що відбувалося безпосередньо до події та відразу після неї?
- Ви якось готувалися до цього?
- Що сказав ваш друг, коли ви про це розповіли?
- Ви прийняли це рішення самостійно чи є ще чийсь внесок?
- Ви коли-небудь так робили раніше або зробили це вперше?
- Які кроки чи що саме призвело до цього вчинку?

Узагальнення головних особливостей наративної терапії

Загальні поняття:

- Реалії соціально сконструйовані.
- Досвід формується мовою.
- Реальність піддається багатьом інтерпретаціям.
- Немає абсолютних істин чи одного універсально точного опису

людей чи проблем.

➤ Зосереджено увагу на клієнтських ресурсах, а не на проблематичних історіях.

Роль терапевта:

- Займає позицію НЕЗНАННЯ.
- Терапевт НЕ експерт.
- Терапевт ставить запитання, щоб отримати ресурси клієнта.

Тривалість: терапія індивідуальна; зазвичай короткочасна (достатньо до 12 сеансів по 1 годині).

Одиниця лікування: індивідуальні особи, пари, сім'ї, можлива також групова терапія.

Як відбуваються зміни: Завдяки екстерналізації та деконструкції клієнт отримує можливість розробляти альтернативні історії, які включають нові варіанти/стратегії життя.

Критерії розірвання:

- Проблема вже не проблема.
- Клієнт повторно написав улюблену історію.